Mutilação Genital Feminina

Integração da Prevenção e do Tratamento nos Curricula de Profissionais de Saúde

Manual de Formação

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMILÍA

Departamento de Saúde da Mulher e Género
Departamento de Saúde Reprodutiva e Investigação
Saúde Comunitária e Familiar
Organização Mundial da Saúde
Genebra

Mutilação Genital Feminina

Integração da Prevenção e do Tratamento nos Curricula de Profissionais de Saúde

Manual de Formação

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMILÍA

Departamento de Saúde da Mulher e Género
Departamento de Saúde Reprodutiva e Investigação
Saúde Comunitária e Familiar
Organização Mundial da Saúde
Genebra

ÍNDICE

Agradecimentos.....4

Prefácios.....5

Introdução.....11

A quem se destina este Manual?.....11
Como está organizado o Manual de Formação?.....11
Como podem ser usados os módulos?.....12
Metodologias e actividades de ensino/aprendizagem.....12
Avaliação.....14

Planos de sessão.....15

MÓDULO 1: Introdução à mutilação genital feminina

Objectivos.....24
Competências.....24
Sessão 1: Análise e dinâmica das tradições.....25
Sessão 2: Descrição e contextualização da MGF.....30
Sessão 3: Complicações resultantes da MGF.....46
Sessão 4: Ética profissional e implicações legais da MGF.....48
Sessão 5: Direitos Humanos e MGF.....50

MÓDULO 2: Envolvimento da comunidade na prevenção da mutilação genital feminina

Objectivos.....53
Competências.....53
Sessão 1: Crenças, valores e atitudes.....55
Sessão 2: Crenças tradicionais, valores e atitudes face à MGF.....61
Sessão 3: Estratégias para o envolvimento das pessoas individuais, famílias e comunidades na prevenção da MGF.....65
Sessão 4: Estratégias para o envolvimento de agentes de decisão política e técnica, incluindo governamentais, na prevenção da MGF.....69

MÓDULO 3: Prestação de cuidados de saúde, a meninas, raparigas e mulheres com complicações resultantes da MGF

Objectivos.....73
Competências.....73
Sessão 1: Identificação das complicações físicas resultantes da MGF.....75
Sessão 2: Cuidar utentes com complicações físicas resultantes da MGF.....78
Sessão 3: Competências técnicas de aconselhamento.....83
Sessão 4: Identificação de complicações psicossociais e sexuais em situações de MGF.....86
Sessão 5: Cuidar de meninas, raparigas e mulheres com complicações psicossociais e sexuais resultantes da MGF.....89
Sessão 6: Referenciação e encaminhamento.....91
Sessão 7: Planeamento familiar e MGF.....93
Sessão 8: Procedimentos de defibulação (abertura de MGF de Tipo III).....95

MÓDULO 4: Prestação de cuidados de saúde a mulheres com MGF, durante a gravidez, trabalho de parto e pós-parto

Objectivos.....99
Competências.....99
Sessão 1: Avaliação e cuidados durante a gravidez a mulheres com MGF.....100
Sessão 2: Complicações obstétricas durante o trabalho de parto.....103
Sessão 3: Observação e prestação de cuidados a mulheres com MGF, durante o trabalho de parto.....105
Sessão 4: Prestação de cuidados no pós parto a mulheres com MGF.....109

Apêndices

1 Estudo de casos.....113
2 Colheita da história clínica de utentes com MGF *checklist*.....115
3 Exame Ginecológico de utentes com MGF *checklist*.....116
4 Aconselhamento de utentes com MGF *checklist*.....117
5 Procedimento para a defibulação de MGF tipo III (nfibulação): *checklist*.....118
6 Bibliografia, documentos e recursos de referência.....121

Publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001 com o título:
Female genital mutilation: integrating the prevention and management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery. A teacher's guide (the Work)

© Organização Mundial da Saúde 2001.

O Director-Geral da OMS concedeu os direitos de tradução para a edição em Português à Associação para o Planeamento da Família , APF, única responsável pela edição em Português.

AGRADECIMENTOS

O presente documento faz parte de um conjunto de documentos de formação (Manual de Formação, Student Manual e Policy Guidelines) preparados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objectivo de facilitar a formação de profissionais de saúde sobre o tema da mutilação genital feminina (MGF).
Os agradecimentos cabem à equipa técnica, Efua Dorkenoo O.B.E., Stella Mpanda e Feddy Mwanga, que elaborou o material.

O projecto foi possível graças à colaboração técnica de enfermeiras, parteiras e médicas; pelo que, é necessário assinalar o importante contributo de: Buthina Abdel Gadir Mohamed, Nikki Denholm, Fadwa Affara, Comfort Momoh, Lisbet Nybro Smith, Kowser Omer-Hashi, Fathia Ibrahim, Christine Adebajo, Yasin S. Ceesay, Omangondo O. Ngenge, Gaynor D. Maclean, Valerie J. Tickner, Emma Banga and Naema Al-Gasseer. O contributo essencial de profissionais de saúde que apoiaram a testagem deste material, bem como o contributo do Conselho Internacional de Enfermeiras (International Council of Nurses – ICN) e da Confederação Internacional de Parteiras (International Confederation of Midwives – ICM) merecem o nosso apreço.

Agradecemos à Heli Bathijah a revisão e comentário ao documento e a Simeon Obidairo pelo seu contributo na secção sobre os Direitos Humanos. Igualmente, agradecemos a Sue Armstrong e Jillian Albertrolli pela assistência à edição.

O projecto foi viável graças ao financiamento da UNFIP (United Nations Fund for International Partnerships), DFID (UK Department for International Development) e AUSAID (The Australian Agency for International Development).

A Organização está grata pela oportunidade do seu apoio.

A Edição em Português só foi possível graça ao apoio do UNFPA – Fundo das Nações Unidas para a População e Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento. Um agradecimento muito especial às Enfermeiras Isabel Serra, Etelvina Tojal da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Dras. Lisa Vicente da Direcção Geral de Saúde, Alice Frade e Yasmin Gonçalves da APF. É oportuno o agradecimento ao Grupo de Trabalho Intersectorial responsável pelo I Programa de Acção para a Eliminação da MGF/C, coordenado pela CIG, que integra nas suas actividades para o biénio 2009/2010 esta publicação.

Ficha técnica:
Fotografia clínica: Dr. Harry Gordon
"Tradition! Tradition! © Efua Dorkenoo, FORWARD (1992)
Fotografia da Capa: Cortesia A.I.
Design da versão original em inglês: Sr. Caleb Rutherford – eidetic
© Copyright Organização Mundial da Saúde, 2001

O presente documento não é uma publicação oficial da Organização Mundial da Saúde (OMS) mas todos os direitos estão reservados para a Organização. O documento pode, contudo, ser livremente revisto, teorizado ou traduzido em parte ou por completo, conquanto nunca para venda ou para fins comerciais.

Tradução do original: João Conceição e Silva.
Paginação e adaptação gráfica à versão portuguesa: Marta Ricardo.

Revisão Técnica e Adaptação: Alice Frade (Antropóloga), Isabel Serra (Enfermeira), Lisa Ferreira Vicente (Ginecologista-Obstetra), Yasmine Gonçalves (Psicóloga).

ISBN: 978-972-8291-38-9
Tiragem: 3.000 exemplares
Impresso em: Alfaprint, Lda. www.alfaprint.pt
Depósito Legal:304186/09

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMILÍA

Departamento de Saúde da Mulher e Género
Departamento de Saúde Reprodutiva e Investigação
Saúde Comunitária e Familiar
Organização Mundial da Saúde
Genebra

PREFÁCIOS

Actualmente, entre 100 a 140 milhões de meninas e mulheres foram sujeitas a alguma forma de mutilação genital feminina (MGF) e, todos os anos, outros 2 milhões de meninas correm o risco de o ser.

A grande maioria das mulheres afectadas vive na África subsaariana, embora a prática seja conhecida em zonas do Médio Oriente e da Ásia. Hoje em dia, são cada vez mais frequentemente encontradas na Europa, Austrália, Nova Zelândia, Canadá e nos Estados Unidos da América mulheres mutiladas genitalmente, principalmente como resultado da migração de países onde a MGF é prática tradicional associada à cultura.

A MGF engloba um leque variado de procedimentos, mas que na maioria dos casos envolve a excisão do clítoris e dos pequenos lábios. Na sua forma mais extrema, implica a excisão da quase totalidade dos órgãos genitais externos e a sutura da vulva, ficando apenas uma pequena abertura. Qualquer que seja a sua forma, a MGF constitui uma violação dos Direitos Humanos das meninas, raparigas e mulheres e é um grave atentado à sua saúde.

As complicações da MGF – físicas, psicológicas e sexuais – requerem uma gestão, conhecimentos, competências e formação qualificada de profissionais de saúde; contudo, a MGF é frequentemente esquecida e quase nunca abordada com detalhes nos curricula e cursos de formação de enfermeiras/os e parteiras/os e demais profissionais de saúde. A Organização Mundial de Saúde está empenhada na produção de um conjunto de materiais de formação com o propósito de consolidar as capacidade técnicas para prevenir e tratar as complicações resultantes de MGF.

O material produzido é dedicado a todas as meninas, raparigas e mulheres que sofrem – frequentemente em silêncio – a violação da sua intimidade e a dor da MGF, e a todas as pessoas e entidades que se comprometem a cuidar e aliviar o seu sofrimento. Apesar de ao longo das últimas duas décadas muito ter já sido alcançado para levantar o véu do secretismo que envolve a MGF, muito há ainda a fazer para garantir cuidados de saúde de qualidade e prevenir o aumento do nº de casos de meninas, raparigas e mulheres nas estatísticas. Espera-se que, ao incluir o tema da MGF na educação e formação de profissionais intensifique a pressão para a eliminação da prática, enquanto que ao mesmo tempo se abre uma janela de oportunidades e apoio para todas aquelas pessoas que enfrentam, isoladas, os seus problemas.

Dr. Tomris Türmen
Directora Executiva
Saúde Comunitária e Familiar
Organização Mundial da Saúde, Genebra

As práticas tradicionais nefastas à saúde das mulheres e crianças têm vindo nos últimos anos a ser cada vez mais tema de debate, estudo e compromisso nos organismos Nacionais, Europeus e das Nações Unidas. Estas práticas são hoje entendidas como formas de violência e incluem a mutilação genital feminina, o infanticídio feminino, o casamento de crianças, os casamentos forçados, a violência relacionada com o dote e herança, queimaduras com ácido, os "crimes de honra", entre tantas outras.

As práticas tradicionais nefastas são o resultado da discriminação de género e de normas sócio-culturais, incluindo princípios de tradição ou de interpretação religiosa. Os efeitos desta discriminação são a desigualdade e o controlo social no acesso das mulheres e meninas aos direitos e cuidados de saúde e educação sexual e reprodutiva, bem como a recusa de empoderamento e de direitos humanos.

A Organização Mundial de Saúde calcula que cerca de 140 milhões de mulheres, raparigas e meninas foram submetidas à prática da MGF, 3 milhões estão em risco todos os anos....8 mil todos os dias.

Dez organismos das Nações Unidas, entre os quais a OMS, o UNFPA, a UNICEF e o ACNUR assinaram em 2008 a Declaração Conjunta para a Eliminação da MGF, publicação editada em Português pela APF e IPAD em 2009.

A IPPF, na sua recente Declaração de Direitos Sexuais, refere que "esta Declaração se aplica igualmente às meninas e mulheres que são submetidas à violência sexual, incluindo tradições culturais, tais como a mutilação genital feminina e a discriminação baseada na preferência por filhos homens".

A Federação Internacional de Ginecologia Obstétrica e a Associação Mundial de Enfermeiras identificam a centralidade de profissionais de saúde no abandono da MGF, reconhecendo-a como uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças, que lhes nega o direito fundamental à integridade física e não-violência; e que nunca deverá ser praticada por profissionais de saúde.

A necessidade de consciencialização, de sensibilização e formação de profissionais das mais diferentes áreas e em especial daqueles que estão em contacto directo com mulheres, meninas, crianças e famílias que sofrem diariamente as consequências físicas e psicológicas da MGF é emergente, e identificada em diferentes estudos nacionais e internacionais. Esta necessidade surge, também, por ausência ou escassez de recursos de formação específica, assim como pela ausência de protocolos em saúde, enquadrados por linhas de orientação para promover e garantir serviços de saúde acessíveis e adequados às necessidades específicas das mulheres e meninas que vivem com MGF.

Conhecemos os números e os compromissos, falamos deles várias vezes, mais é necessário lembrar constantemente que estes números correspondem a pessoas do sexo feminino: mulheres, raparigas e meninas. Mães, avós, tias, primas, vizinhas, filhas, ... são 8 mil em risco a cada dia que passa, são 8.000 vozes, rostos e testemunhos de histórias de vida....em risco.

Este Manual de Formação "Mutilação Genital Feminina - Integração da Prevenção e do Tratamento nos Curricula de Profissionais de Saúde", é um material de formação e um contributo para as respostas às necessidades que Profissionais de Saúde podem vir a sentir na prestação de cuidados às mulheres, raparigas e meninas sujeitas à prática da Mutilação Genital Feminina e/ou em risco. Esta edição em Português é mais um contributo da APF, com o apoio do IPAD, no contexto do I Programa de Acção para a Eliminação da MGF (2009), para a intervenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva em contextos resultantes de sociedades cada vez mais multiculturais com consciência de que é necessário e urgente actuar para que « mulher » não seja sinónimo de vulnerabilidade ou risco.

Um obrigada muito especial à OMS pela cedência de Direitos de Autor e à equipa de Revisão Técnica e Actualização deste Manual.... A diminuição dos rostos e vozes com mutilações genitais terá o v/ contributo.

Manuela Sampaio
Presidente da APF

APF
ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMILÍA

A Cooperação Portuguesa procura valorizar e potenciar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, acreditando que as desigualdades são nefastas e potenciadoras de conflitos; assim, Portugal não poderia deixar de dar o seu contributo nesta tarefa que se torna árdua numa era de globalização.

O Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, entidade coordenadora da Cooperação, contribui para a concretização dos ODM quer directamente financiando projectos, quer apoiando acções que constituem contributos tendo em vista o cumprimento das Metas estabelecidas no ano 2000, de que é exemplo o apoio à edição deste manual técnico.

Mutilação Genital Feminina – Integração da Prevenção e do Tratamento nos Curricula de Profissionais de Saúde – Manual de Formação, é uma obra que se enquadra nos pressupostos dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: Objectivo 3 – promover a igualdade do género e capacitar as mulheres -, do Objectivo 4 – reduzir a mortalidade infantil – e do Objectivo 5 – melhorar a saúde materna -, e destina-se a profissionais da área da saúde, constituindo um documento técnico disponível agora em Língua Portuguesa e, consequentemente, acessível a um maior número de especialistas espalhados pelo mundo, contribuindo assim para o reforço da melhoria dos cuidados de saúde nas populações mais vulneráveis e em situação de pobreza. É, pois, um instrumento orientador para acções específicas e concretas em defesa do Desenvolvimento e dos Direitos Humanos.

Manuel Correia
Presidente do Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

IPAD
Instituto Português
de Apoio ao Desenvolvimento

A Mutilação Genital Feminina (MGF) refere-se à excisão parcial ou total dos órgãos genitais femininos. Estima-se que cerca de 140 milhões de mulheres já foram submetidas a esta prática pelo mundo, e que a cada ano, 3 milhões de crianças e adolescentes do sexo feminino correm o risco de serem sujeitas à mesma. Hoje em dia, já se conhecem as consequências da MGF, quer na saúde mental quer sexual ou reprodutiva da mulher. Desta forma, torna-se fundamental sensibilizar e formar enfermeiros e enfermeiras para a existência de MGF, assim como para as suas consequências, alterações e intervenção necessária. Do mesmo modo, é importante o desenvolvimento de competências que permitam conhecer a realidade da MGF, as suas causas, como e quando se realiza, as consequências e os malefícios que resultam desta prática.

É fundamental que profissionais de saúde em geral e de enfermagem em particular, tenham uma abordagem holística das práticas tradicionais nefastas à saúde da mulher e criança, nomeadamente da MGF. Só desta forma, a enfermeira ou enfermeiro poderá actuar e intervir de maneira eficaz no que diz respeito à saúde materna, reprodutiva e sexual da mulher e família.

Em Fevereiro de 2009, elaborou-se em Portugal o I Programa de Acção para a Eliminação da MGF reforçando os direitos da mulher e da criança, principalmente o direito à saúde, à integridade física, à não sujeição a nenhuma forma de tortura e o direito à não discriminação.

É inserida nesta iniciativa que a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) tem vindo, também ela, a desenvolver a temática em algumas Unidades Curriculares ao nível do Curso de Licenciatura e também do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, com o objectivo de capacitar enfermeiros e enfermeiras com competências para prestar cuidados à mulher/casal vítimas de Mutilação Genital. A ESEL com a participação na revisão técnica deste Manual confirma também a sua disponibilidade para apoiar a formação de profissionais de enfermagem quer em Portugal quer noutros países e contextos onde o conhecimento e experiência possam ajudar a fazer deste, um mundo melhor e mais justo para todas as pessoas.

Para Guacira Louro (1997), o conceito de género problematizado como uma categoria social diz respeito à forma como as múltiplas identidades dos sujeitos são construídas social e culturalmente, produzindo, tantas vezes, discriminação e desigualdade social, por vezes traduzida em formas de violência que atentam contra os Direitos Humanos. Esta é uma perspectiva na qual se poderá incluir a problemática da MGF.

Como profissão do Cuidar, a enfermagem procura formas de intervir na discriminação e na exclusão social, tenha esta origem em relações de classe, etnia, género ou outros marcadores sociais que tantas vezes produzem desigualdade, pondo em risco a saúde física e/ou mental das pessoas.
Citando Jean Watson (2002) “O Cuidar, envolve uma filosofia de compromisso moral direccionado para a protecção da dignidade humana e preservação da Humanidade”, sendo este o desígnio do nosso envolvimento neste projecto…..e é este parte do nosso contributo e compromisso.

Isabel Serra
Professora Coordenadora
Departamento de Enfermagem de Saúde Materna
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INTRODUÇÃO

O presente documento foi concebido pela OMS como guia para responsáveis pela formação de profissionais de saúde .Foi desenvolvido como resposta à necessidade expressa por profissionais de saúde em obterem conhecimentos e habilitações profissionais que lhes permitissem prevenir a prática e tratar complicações resultantes da MGF .Este Manual de Formação poderá ser usado conjuntamente com o Student Manual e Policy Guidelines ,estas últimas reflectidas na Declaração Conjunta da OMS de 2008 .

Este Manual de Formação e o Student Manual apresentam estratégias para a prevenção da MGF ,bem como os conhecimentos e as competências técnicas necessárias para que profissionais de saúde possam lidar com utentes com complicações por MGF .Para além de aspectos teóricos e fundamentos da prática , estes materiais incluem instrumentos para avaliação.

A quem se destina este Manual?

O Manual de Formação destina se numa primeira fase a docentes e formadores/as que no exercício das suas funções ,ministrem formação básica ,avançada ou integrada .Do mesmo modo ,será útil a responsáveis pela educação e formação de estudantes de enfermagem ,parteiras/os ,medicina , profissionais de saúde pública ,de psicologia ,de serviço social e outros relacionados com a prestação de cuidados de saúde .

Como está organizado o Manual de Formação?

Está organizado em quatro módulos sobre MGF ,a serem integrados nos cursos existentes e/ou a criar .Os módulos são os seguintes :

Módulo 1: Introdução à MGF

Este módulo compreende os conceitos fundamentais .Poderá ser integrado em enfermagem geral ,de cirurgia ,de ginecologia , de saúde comunitária e obstetrícia e saúde sexual e reprodutiva nas regiões em que a MGF é praticada e/ou existe .O módulo pode também ser usado em workshops e seminários de formação dirigidos a profissionais de saúde e outros grupos relevantes ,com o objectivo de sensibilizar/informar para o tema da MGF .

Módulo 2: Envolvimento da comunidade na prevenção da MGF

O módulo poderá ser integrado nos cursos de enfermagem ,de saúde comunitária ,obstetrícia e saúde sexual e reprodutiva em zonas em que a MGF é praticada e/ou existe .

Módulo 3: Prestação de cuidados de saúde a meninas, raparigas e mulheres com complicações resultantes da MGF

Este módulo poderá ser integrado em cursos sobre saúde infantil e juvenil ,ginecologia e obstetrícia e saúde sexual e reprodutiva .As competência podem ser obtidas/reforçadas com estágios em hospitais ,centros de saúde e serviços de saúde sexual e reprodutiva e planeamento familiar .As competência e técnicas de aconselhamento podem ser exercitadas em centros de jovens e escolas ,que integram os serviços de aconselhamento nos programas de saúde .O módulo poderá ser aplicado nos programas que abordem as infecções sexualmente transmissíveis (IST) incluindo o VIH/SIDA ,e Violência de Género ,em zonas em que a MGF seja praticada e/ou exista.

Módulo 4: Prestação de cuidados de saúde durante a gravidez, trabalho de parto e o pós-parto, a mulheres com MGF

Este módulo poderá ser integrado nos mesmos cursos que o Módulo III e o reforço de conhecimentos podem ser alargados a estágios em serviços de cuidados pré-natais e pós parto , em maternidades e hospitais .

Cada Modulo está organizado da seguinte forma:

- Breve introdução aos temas;
- Utilização do módulo;
- Objectivos;
- Pré-requisitos para o módulo (i.e. os conhecimentos e habilitações necessários para que formandos e formandas possam assimilar a informação apresentada;
- Competências (i.e. os conhecimentos , competências e técnicas a adquirir;
- Material auxiliar de ensino.

Cada módulo está dividido em sessões (ou aulas) distintas que são enumeradas na secção introdutória do módulo. Para além disso, no início deste Manual, são apresentadas tabelas que sumarizam as sessões de cada módulo. As tabelas incluem a seguinte informação:

- Duração sugerida para cada sessão;
- Conteúdos (de tópicos);
- Metodolgias e actividades de ensino/aprendizagem;
- Bibliografia recomendada;
- Avaliação.

Como podem ser usados os módulos?

O conteúdo de cada módulo poderá ser integrado nos currículos da formação de enfermeiras e parteiras e no ensino médico. Os módulos poderão igualmente ser usados como cursos complementares na formação em exercício. A sua adaptação é possível para a formação, quer de pessoal de saúde, quer de outros grupos relevantes em workshops ou em iniciativas de informação/sensibilização sobre MGF.

O conteúdo do sumário de cada módulo e temas de cada sessão podem ser integrado nos curricula da formação ou durante as sessões de informação e aprendizagem.

Aconselham-se docentes e formadores/as a:

- Usar o presente manual de formação conjuntamente com o Student Manual e Policy Guidelines e Declaração Conjunta, de 2008, já publicada em Português (2009);
- Utilizar as calendarizações, conteúdos, actividades de formação e aprendizagem e recursos como directrizes, fazendo as alterações necessárias a uma correcta adequação às situações propostas;
- Sempre que possível, utilizar estudo de casos retirados de situações reais locais; como alternativa, utilizar aqueles indicados nas Policy Guidelines;
- Munir-se dos materiais de referência e de formação disponíveis localmente.

Metodologia e actividades de ensino/aprendizagem

Porque a MGF no contexto das práticas tradicionais nefastas é um tema que pode ser considerado sensível, é da maior importância que no contexto do grupo sejam criadas oportunidades para a partilha de experiências, ideias, crenças e valores culturais. Para além de um método eficiente de aprendizagem, reduzir-se ão eventuais tensões existentes. Os métodos de ensino propostos no presente manual são concebidos para promover a participação das pessoas envolvidas. As sugestões para o ensino/aprendizagem incluem:

Palestra:

Exposição breve, usada no início da sessão para apresentar o tópico ou para transmitir informação nova. Pode igualmente ser usada para sintetizar ideias apresentadas após discussão ou trabalho de grupo. Contudo, as palestras proferidas pelos formadores/as deverão ser restritas ao mínimo necessário, de forma a garantir aos formandos e formandas o maior tempo possível para participar no debate e partilhar as suas próprias ideias.

Debates em pequenos grupos:

Exercício em grupos de seis a oito pessoas para debaterem entre si um tema e alcançar uma opinião consensual. Devem ser dadas orientações específicas sobre o trabalho que incluem prazos e forma de apresentação. Após a apresentação do trabalho de todos os grupos, a pessoa responsável pela sessão deverá sintetizar as apresentações dos pequenos grupos sob a forma de conclusão consensual. Os debates em pequenos grupos são particularmente úteis na abordagem de tópicos sensíveis.

Conversa breve em grupo:

Concebidas para fomentar a participação de todo o grupo, estes debates devem incluir entre dois a três formandos/as. O grupo discute e acorda previamente o tema antes de partilhar as suas ideias com a turma. O exercício pode ser conduzido em qualquer momento de uma sessão inclusive para quebrar eventual monotonia de aulas longas.

Debates em grandes grupos ou fórum:

Algumas sessões podem iniciar se com exercício de brainstorming com base num tema

previamente escolhido ou um debate sobre as reacções a um assunto anteriormente tratado .

O debate em grande grupo ou fórum ,pode ser utilizado como forma de avaliação do nível de compreensão e também para a abordagem de temas controversos .Pode também servir como fórum para abordagem de temas controversos .

Síntese:

Esta actividade tem uma grande importância . No final de cada sessão ,a pessoa responsável pela sessão deve sintetizar os conteúdos abordados e estabelecer as relações com os objectivos da sessão .Pode ainda pedir se à turma que elabore uma síntese ou responda a perguntas sobre os temas da sessão ,de forma a garantir compreensão de toda a matéria .

Estudo de caso:

Neste exercício é dada a oportunidade de partilhar estudos de caso da comunidade ou de serviços clínicos .Quando isso não é possível devem ser utilizados na discussão casos ficcionados ou recolhidos na literatura específica .

Análise de cenários e situações:

Nesta actividade são fornecidos ao grupo , histórias ,cenários ou situações concretas para análise .É solicitado que decidam como conduzir e que justifiquem as suas opções .O trabalho pode ser realizado individualmente ou em pequenos grupos ,sendo a partilha das análises produzidas uma parte crucial do exercício .

Dramatização e role play:

Nestas actividades é fornecido à turma um leque variado de papéis a desempenhar em pequenas dramatizações ,que lhes permita colocar em situação e perceber nas várias personagens diferentes pontos de vista relativamente à MGF .Podem ,por exemplo , desempenhar o papel de uma enfermeira num serviço de saúde ,a realizar aconselhamento ou a debater as opções de planeamento familiar com uma mulher excisada .Um exercício de dramatização ou role play requer planeamento cuidado; é necessário que os /as formandos entendam o objectivo e saibam como actuar na personagem .Após cada dramatização ou role play ,deve ser dado tempo para que quem desempenhou o papel partilhe e verbalize os seus sentimentos e pensamentos antes dos comentários do grupo alargado .Para além de indicarem directamente os papéis a desempenhar ,quem dirige a dramatização pode optar por encenar /dramatizar histórias reais ou estudos de caso .

Narração de histórias:

É usada para explorar atitudes e valores .Os módulos incluem histórias que ilustram aspectos diferentes da MGF a serem trabalhados em situação de turma .

Exercícios e jogos de simulação:

São exercícios de O"faz de conta" com intervenção directa de formadores/as e formandos/as ,particularmente eficientes no ensino/aprendizagem de competências .É importante que se explique com clareza qual a técnica a ser ensinada e /ou em estudo .

Demonstração e contra-demonstração:

Esta é uma parte crucial do processo de ensino /aprendizagem .Consiste na apresentação e observação cuidadosa de uma técnica pelo /a docente que posteriormente é reproduzida por alguns formandos /as com esclarecimento de dúvidas .Devem ser encorajadas as perguntas e identificadas oportunidades para que os membros do grupo coloquem em prática clínica os conhecimentos adquiridos .

Visitas de estudo:

São visitas à comunidades ,centros de jovens ou escolas para registo e observação de situações relevantes para a formação .A visita de estudo deve ser acompanhada de tópicos de observação para auxiliar a recolha de notas a apresentar posteriormente em sala .As apresentações podem ser feitas individualmente ou em grupo .

Prática clínica :

Para que possam adquirir competências clínicas /técnicas ,devem ser promovidos estágios em serviços de saúde .Para o sucesso deste estágio devem ser estabelecidos objectivos , identificar e explicar as técnicas e garantir a supervisão do estágio por profissionais competentes .

Trabalhos (projectos):

Os projectos /trabalhos de grupo permitem pôr em prática os conhecimentos e competências adquiridas; do mesmo modo que permitem ,com a necessária supervisão ,a assimilação dos conteúdos .Os trabalhos podem ser

desenvolvidos individualmente ou em grupo . Cada módulo fornece sugestões sobre os projectos a organizar .O comentário e reacção da equipa de formação são parte essencial do exercício .

Avaliação

No final de cada módulo encontra exercícios para avaliar conhecimentos .Contudo ,a avaliação deve ser contínua ,incluindo tempo específico para perguntas e respostas ,jogos de perguntas e avaliação mútua ,de forma a averiguar a compreensão das matérias .

PLANOS DE SESSÃO

Módulo 1: Introdução à mutilação genital feminina

Sessão 1: Análise e dinâmica das tradições -2 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.Definição de tradição 2.Análise de tradições 3.Reflexão sobre práticas nefastas	• Palestra • Debate em pequenos grupos • Conversa breve • Brainstorming • Jogos de simulação • Trabalhos individuais ou em grupo	• *Dorkenoo ,E . (1 9 9 4) Tradition !Tradition !A Story of Mother Earth .FORWARD ,Londres* • *Female Genital Mutilation :A Joint WHO / UNICEF /UNFPA statement .WHO ,Genebra (1 9 9 7)* • *Female Genital Mutilation :A handbook for Frontline Workers WHO /FCH /GWH / 0 0Ref . 5 1WHO Genebra (2 0 0 0)* • *Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta - OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. APF (2 0 0 9)* • *Programa de Acção Para a Eliminação da MGF , Grupo de Trabalho Inter sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina /C .APF ,Lisboa (2 0 0 9)*	Teste - -diagnóstico

Sessão2: Descrição e contextualização da MGF -3 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.Anatomia dos órgãos genitais femininos 2.Definição de mutilação genital feminina 3.Tipos de MGF 4.Idade em que a MGF é praticada 5.Quem executa a MGF 6."Medicalização" da MGF 7.Origens da MGF 8.Razões para a realização da MGF 9.Estimativa de prevalência e distribuição da MGF a nível mundial 10.Classificação da MGF segundo a Organização Mundial da Saúde O(MS) 11.Prevalência da MGF	• Perguntas e respostas • Palestra • Conversa breve • Brainstorming • Exercício com cartaz • Debate em pequenos grupos • Visionamento de filme • Fórum • Debate em grupo alargado • Análise de gráficos :a prevalência da MGF • Análise de mapa : distribuição da MGF	• *Female Genital Mutilation: A Joint WHO/UNICEF /UNFPA statement .WHO ,Genebra (1 9 9 7)* • *Female Genital Mutilation :An Overview .WHO , Genebra (1 9 9 8)* • *Female Genital Mutilation :A handbook for Frontline Workers .WHO /FCH /GWH / 0 0Ref . 5 1WHO Genebra (2 0 0 0)* • *The right path to health :Health education through religion .Islamic ruling and female circumcision .WHO ,regional office for Eastern Mediterranean (1 9 9 6)* • *Eliminação da Mutilação Genital Feminina : Declaração Conjunta -OHCHR ,ONUSIDA ,PNUD , UNECA ,UNESCO ,UNFPA ,ACNUR ,UNICEF ,UNIFEM , OMS. APF (2 0 0 9)* • *Programa de Acção Para a Eliminação da MGF , Grupo de Trabalho Inter sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina /C .APF ,Lisboa (2 0 0 9)* • *Filme :Scared for Life .By ABC Special Program . Incluído numa compilação de vídeos sobre a mutilação genital feminina ,UNHCR Programme and Technical support Section ,P O .Box 2 5 0 C H ; 1 2 1 1 Genebra* • *Filme OMS Female Genital Mutilation - The Road to Change "Genebra , (2 0 0 0)E-mail :Bookorders @who int* • *Fala di Mindjeris -Mulheres da Guiné Bissau Instituto Marquês Vale Flor , 2 0 0 9* • *Moolandé -A facilator `s Guide to Advocacy . Ousmane Sembène ,Forward* • *The Secret Pain ,Mette Knudsen ,Angel films , 2 0 0 6*	Perguntas e respostas Questionário

Sessão 3: Complicações resultantes da MGF – 1 hora

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.Complicações a curto prazo resultante da MGF; complicações a longo prazo resultantes da MGF 2.Complicações psicossociais derivadas da MGF 3.Complicações sexuais resultantes da MGF	• Palestra • Perguntas e respostas • Debate em pequenos grupos • Palestra (ilustrada, sempre que possível)	• *A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation Including Sequelae in Childbirth WHO/FCH7WMH/00.2 WHO, Genebra. (2000)* • *Female Genital Mutilation: A handbook for Frontline Workers. WHO/FCH/GWH/00.5 Rev.1 WHO Genebra (2000)* • *Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta-OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. APF, Lisboa (2009)* • *Programa de Acção Para a Eliminação da MGF, Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C. APF, Lisboa (2009)*	Perguntas e respostas Questionário

Sessão 4: Ética profissional e implicações legais da MGF – 2 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.Implicações éticas da MGF 2.Implicações legais da MGF 3.Legislação e decretos sobre a MGF	• Conversa breve em grupo • Debates em pequenos grupos • Estudo de casos • Sessão de fórum	• *Códigos de conduta para profissionais vários, incluindo International Council of Nurses – ICN e International Confederation of Midwives – ICM.* • *Responding to Female Genital Mutilation in Europe: Striking the right balance between prosecution and prevention" Els Leye, Alexia Sabbe, International Centre for Reproductive Health, University Ghent, 2009*	Perguntas e respostas

Sessão 5: Direitos Humanos e MGF – 3 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.MGF como violação dos Direitos Humanos 2.Declarações internacionais para a eliminação da MGF 3.A MGF e os direitos das mulheres, raparigas e meninas 4.A MGF e os organismos de regulação	• Debate em pequenos grupos • Fórum • Conversa breve • Exercícios	• *R. J. Cook (1994). Women health and human rights. WHO, Genebra* • *Female Genital Mutilation: The Prevention and the Management of the Health Complications: Policy Guidelines for nurses and midwives* • *WHO/FCH/ GWH/01.5. WHO, Genebra (2001)* • *Dorkenoo, E. (1994). Cutting the Rose. Female Genital Mutilation: The practice and its prevention. Minority Rights Publications, Londres* • *Women's Rights in The UN: A Manual on how the UN human rights mechanism can protect women's rights. International Services for Human Rights (1995). P.O. Box 16 1211 Genebra* • *Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. APF (2009)* • *Programa de Acção Para a Eliminação da MGF, Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C. APF, Lisboa (2009)* • *Filme: A Dangerous Practice. Incluído numa compilação de filmes sobre a mutilação genital feminina. UNHCR Programme for Technical Support Section. P.O. Box 2500. CH-1211 Genebra* • *Fala di Mindjeris- Mulheres da Guiné Bissau Instituto Marquês Vale Flor, 2009* • *Moolandé - A facilator`s Guide to Advocacy.* • *Ousmane Sembène, Forward* • *The Secret Pain, Mette Knudsen, Angel films, 2006*	Perguntas e respostas

Módulo 2: Envolvimento da comunidade na prevenção da mutilação genital feminina

Sessão 1: Análise e dinâmica das tradições - 2 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.Definição de crenças, valores e atitudes 2.Origens das crenças, valores e atitudes 3.Desenvolvimento dos sistemas de valores 4.Exploração dos valores, crenças e atitudes pessoais 5.O processo de valoração	• Debate em pequenos grupos • Feedback e debate • Jogos de simulação • Exercícios para os/as formandos/as • Fórum	• *Exercícios de clarificação de valores* • *Material de referência disponível localmente sobre a clarificação de valores* • *The right path to health: Health education through religion. Islamic ruling and female circumcision. WHO, regional office for Eastern Mediterranean (1996)* • *Dorkenoo, E. (1992). Tradition! Tradition! The story of Mother Earth.* • *Filme: From Awareness to Action, Eradication of Female Genital Mutilation in Somalia. UNHCR Regional Liaison Office, P. O. Box 1076 Adis Abeba* • *Fala di Mindjeris- Mulheres da Guiné Bissau Instituto Marquês Vale Flor, 2009* • *Moolandé - A facilator`s Guide to Advocacy. Ousmane Sembène, Forward*	Perguntas e respostas Questionário Avaliação inter-pares

Sessão 2: Crenças tradicionais, valores e atitudes face à MGF – 2 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.A prática da MGF e as crenças, valores e atitudes 2.Auxílio das comunidades no esclarecimento dos seus valores, crenças e atitudes face à MGF 3.Etapas na adopção de comportamentos	• Debate em grupos alargados • Palestra • Visita de estudo • Debate em pequenos grupos	• *Female Genital Mutilation. Programmes To date: What Works and What Doesn't. A Review. WHO/CHS/WHD/99.5 Genebra (1999)* • *The right path to health: Health education through religion. Islamic ruling and female circumcision. WHO, regional office for Eastern Mediterranean (1996)* • *Dorkenoo, E. (1992) Tradition! Tradition! A Story of Mother Earth. FORWARD, Londres* • *Mutilada, Koita Khady, Asa, 2006* • *Filme: Welcome to Womanhood. Charlotte Metcalf. TVE Prince, Albert Road, Londres NM1 4 RZ UK* • *Fala di Mindjeris- Mulheres da Guiné Bissau, Instituto Marquês Vale Flor, 2009* • *Moolandé - A facilator`s Guide to Advocacy. Ousmane Sembène, Forward*	Perguntas e respostas

Sessão 3: Estratégias para o envolvimento das pessoas individuais, famílias e comunidades na prevenção da MGF – 2 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.Definição de comunidade e do seu envolvimento 2.Estratégias para o envolvimento das pessoas individuais e famílias na prevenção da MGF 3.Estratégias para o envolvimento dos homens na prevenção da MGF 4.Estratégias para o envolvimento das mulheres na prevenção da MGF 5.Estratégias para o envolvimento de jovens na prevenção da MGF 6.Comunicação com os grupos-alvo	• Debate em pequenos grupos • Feedback e debate • Jogos de simulação • Exercícios para os/as formandos/as • Fórum	• *Female genital mutilation: A Handbook for frontline workers WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1 WHO Genebra* • *Towards the healthy women counselling guide: Ideas form the gender and health research group. TDR, WHO, Genebra* • *WHO Filme: Female Genital Mutilation - "The Road to Change" Genebra, (2000.) E mail : Bookorders @who.int*	Teste - diagnóstico e teste final

Sessão 4: Estratégias para o envolvimento de agentes de decisão política e técnica, incluindo governamentais, na prevenção da MGF– 8 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.O papel de agentes de decisão política e técnica, incluindo, governamentais na prevenção da MGF 2.Requisitos e sugestões para uma comunicação eficiente com agentes de decisão política e técnica, incluindo, governamentais 3.Advocacy 4.Lobbying	• Brainstorming • Conversa breve • Debate em pequenos grupos • Trabalho directo com a comunidade	Qualquer material de referência relevante sobre advocacy e lobbying • *Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta-OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. APF (2009)* • *Programa de Acção Para a Eliminação da MGF, Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C. APF, Lisboa (2009)* • *Folha de dados "Mutilação Genital Feminina", APF, Lisboa, 2009* • *Folha de dados "Igualdade de Género e Direitos das Mulheres", APF, Lisboa, 2007*	Perguntas e respostas

Módulo 3: Prestação de cuidados de saúde a meninas, raparigas e mulheres com complicações resultantes da MGF

Sessão 1: Identificação das complicações físicas resultantes da MGF – 2 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.Anamnese e historia clínica 2.Observação ginecológica em situação de MGF	• Palestra • Dramatização • Demonstração e treino • Prática clínica • Fórum • Debate em grupo	A prática clínica, incluindo entrevista, anamnese e observação ginecológica devem ter lugar em hospitais, maternidades e centros de saúde	Checklist a cada formando/a, para avaliar a aquisição dos conhecimentos

Sessão 2: Cuidar utentes com complicações físicas resultantes da MGF – 4 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.Tratamento de complicações físicas, imediatas e de curto prazo, associadas à MGF 2.Tratamento de complicações físicas, de longo prazo, associadas à MGF	• Debate em grupo alargado • Palestra • Perguntas e respostas	• *Female Genital Mutilation: A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation Including Sequelae in Childbirth. WHO/FCH7WMH/00.2 WHO, Genebra. (2000)* • *Female genital mutilation: A Handbook for frontline workers WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1 WHO Genebra* • *Female Genital Mutilation: The Prevention and the Management of the Health Complications: Policy Guidelines for nurses and midwives. WHO/FCH/ GWH/01.5. WHO, Genebra (2001)* • *Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. APF (2009)* • *Moolandé - A facilator`s Guide to Advocacy . Ousmane Sembène, Forward*	Perguntas e respostas Questionário

Sessão 3: Competências técnicas de aconselhamento – 4 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.Requisitos pessoais e técnicos para um aconselhamento competente 2.Construção de uma relação de ajuda 3.O processo de aconselhamento	• Palestra • Perguntas e respostas • Dramatização	• *Counselling skills training in sexuality and reproductive health: A facilitators guide. WHO/ADH/93.3 WHO, Genebra (1993)* • *Programme guidance on Counselling for STI/HIV prevention in sexual and reproductive health settings. IPPF, 2002*	Perguntas e respostas Questionário

Sessão 4: Identificação de complicações psicossociais e sexuais em situações de MGF – 2 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino / aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1. Complicações psicossociais e sexuais associadas à MGF 2. Identificação de complicações psicossociais e sexuais	• Palestra • Debate em pequenos grupos • Fórum • Exercícios de simulação • Análise de casos	• *A Systematic Review of the Health Complications of female genital mutilation including sequelae in child birth. WHO/FCH/WHD/00.2 Genebra, (2000)* • *Female Genital Mutilation: The Prevention and the Management of the Health Complications: Policy Guidelines for nurses and midwives. WHO/FCH/ GWH/01.5. WHO, Genebra (2001)* • *Female genital mutilation: A Handbook for frontline workers WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1 WHO, Genebra* • *Toubia. N. A practical manual of health workers caring for women with circumcision. A RAINBO Publication, Nova Iorque (1999)* • *Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. APF (2009)*	Questionário Avaliação inter-pares

Sessão 5: Cuidar de meninas, raparigas e mulheres com complicações psicossociais e sexuais resultantes da MGF – 3 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino / aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1. Elementos fundamentais no tratamento de complicações psicossociais e sexuais resultantes da MGF 2. Tratamento de complicações psicossociais resultantes da MGF 3. Tratamento de disfunções/complicações sexuais	• Palestra • Narração de história • Debate em grupo	• *A Systematic Review of the Health Complications of female genital mutilation including sequelae in child birth. WHO/FCH/WHD/00.2 Genebra, (2000)* • *Female genital mutilation: A Handbook for frontline workers WHO/FCH/WMH/00.5 Rev.1 WHO Genebra* • *Female Genital Mutilation: The Prevention and the Management of the Health Complications: Policy Guidelines for nurses and midwives. WHO/FCH/ GWH/01.5. WHO, Genebra (2001)* • *Por nascer mulher, um outro lado dos direitos humanos. APF, Lisboa, (2008)*	Perguntas e respostas Auto-avaliação

Sessão 6: Referenciação e encaminhamento – 2 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino / aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1. Situações a encaminhar para orientação posterior e/ou consulta específica 2. Procedimentos de encaminhamento e referenciação de utentes	• Palestra • Demonstração e treino de situações • Prática clínica	Devem ser seguidas as directrizes locais de actuação sobre encaminhamento de utentes, de acordo com os protocolos existentes	Checklist para o encaminhamento de utentes Avaliação inter-pares

Sessão 7: Planeamento familiar e MGF – 2 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.Revisão dos tipos de MGF 2.Problemas que as mulheres com mutilação do Tipo III podem ter, caso queiram usar métodos vaginais para planeamento familiar 3.Métodos de planeamento familiar e tipos de MGF	• Perguntas e resposta • Palestra • Debate em pequenos grupos • Debate em grupo alargado	• *A Systematic Review of the Health Complications of female genital mutilation including sequelae in child birth. WHO/FCH/WHD/00.2 Genebra, (2000)* • *Robert A. et.al (1997). The essentials of contraceptive technology: A Handbook for clinic staff. Johns Hopkins Population Information Programme, Centre for Communication Programmes. The John Hopkins School of Public Health 111 Market Place, Baltimore MD 21202, EUA.* • *Por nascer mulher, um outro lado dos direitos humanos, APF, Lisboa, (2008)* • *International Planned Parenthood Federation (2007) – Declaração do International* • *Medical Adviser Panel sobre a Mutilação Genital Feminina (Boletim Médico, nr. 41 /4 de Dezembro de 2007) Lisboa: APF.*	Perguntas e respostas

Sessão 8: Procedimentos de defibulação (abertura de MGF de Tipo III) – 3 horas. Prática clínica – 40 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.Indicação de abertura da MGF de Tipo III 2.Preparação da mulher e do equipamento 3.O procedimento de abertura 4.Cuidados pós-operatórios	• Perguntas e resposta • Simulação • Observação clínica • Prática clínica	• *A Systematic Review of the Health Complications of female genital mutilation including sequelae in child birth. WHO/FCH/WHD/00.2 Genebra, (2000)* • *Management of pregnancy, child birth, and postpartum periods in the presence of female genital mutilation. Report of A WHO Technical Consultation. Geneva, 15 –17 October 1997. WHO/FCH/GWH/01.2. WHO, Genebra (2001)* • *Female Genital Mutilation: The Prevention and the Management of the Health Complications: Policy Guidelines for nurses and midwives. WHO/FCH/ GWH/01.5. WHO, Genebra (2001)* • *Por nascer mulher, um outro lado dos direitos humanos, APF, Lisboa, (2008)* Em situação de aula o procedimento deve ser executado num modelo e treinado por formandos/as. Idealmente esta observação e prática sempre sob supervisão, deverá ser obtida em contexto hospitalar.	Uso de checklist para avaliação dos conhecimentos Avaliação inter-pares

Módulo 4: Prestação de cuidados de saúde a mulheres com MGF, durante a gravidez, o trabalho de parto e o pós-parto

Sessão 1: Avaliação e cuidados, durante a gravidez, em mulheres com MGF – 3 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.Avaliação de problemas associados à MGF, durante a gravidez 2.Orientação de mulheres com MGF de Tipos I, II e IV 3.Orientação de mulheres com MGF de Tipo III	• Perguntas e resposta • Debate em pequenos grupos • Fórum • Palestra	• *A Systematic Review of the Health Complications of female genital mutilation including sequelae in child birth. WHO/FCH/WHD/00.2 Genebra, (2000)* • *Management of pregnancy, child birth, and postpartum periods in the presence of female genital mutilation. Report of A WHO Technical Consultation. Geneva, 15 –17 October 1997. WHO/FCH/GWH/01.2. WHO, Genebra (2001)* • *Toubia, N. (1999). A Practical Manual for Health Care providers: Caring for Women with Circumcision. A RAINBO Publication. 915 Broadway, Suite 1109, Nova Iorque*	Teste-diagnóstico Avaliação inter-pares

Sessão 2: Complicações obstétricas durante o trabalho de parto – 2 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.Complicações resultantes da MGF, durante o trabalho de parto e o parto	• Perguntas e resposta • Debate em pequenos grupos • Debate em grupo alargado • Estudo de caso	• *A Systematic Review of the Health Complications of female genital mutilation including sequelae in child birth. WHO/FCH/WHD/00.2 Genebra, (2000)* • *Management of pregnancy, child birth, and postpartum periods in the presence of female genital mutilation. Report of A WHO Technical Consultation. Geneva, 15 –17 October 1997. WHO/FCH/GWH/01.2. WHO, Genebra (2001)* • *Por nascer mulher, um outro lado dos direitos humanos, APF, Lisboa, (2008)*	Perguntas e respostas Questionário

Sessão 3: Observação e prestação de cuidados, durante o trabalho de parto – 4 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.Exame físico 2.Acompanhamento da evolução do trabalho de parto 3.Exame do orifício vaginal durante o trabalho de parto 4.Orientação de mulheres com MGF de Tipo I, II e IV, durante o trabalho de parto e o parto 5.Orientação de mulheres com MGF de tipo III, durante o trabalho de parto e o parto	• Avaliação, observação e treino	• *Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation: Report of a WHO Technical Consultation Geneva, 15-17 October 1997. WHO/FCH/GWH/01.2* • *Female Genital Mutilation: The Prevention and the Management of the Health Complications: Policy Guidelines for nurses and midwives. WHO/FCH/ GWH/01.5. WHO, Genebra (2001)* • *Toubia, N. (1999). A Practical Manual for Health Care providers: Caring for Women with Circumcision. A RAINBO Publication. 915 Broadway, Suite 1109, Nova Iorque*	Avaliação do desempenho clínico

Sessão 4: Prestação de cuidados no pós parto de mulheres com MGF – 3 horas

Conteúdos	Metodologia e actividades de ensino /aprendizagem	Bibliografia recomendada	Avaliação
1.Avaliação das complicações pós-parto 2.Complicações pós-parto 3.Orientação pós-parto	• Observação e prática clínica	• *Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation: Report of a WHO Technical Consultation Geneva, 15-17 October 1997. WHO/FCH/GWH/01.2* • *Female Genital Mutilation: The Prevention and the Management of the Health Complications: Policy Guidelines for nurses and midwives. WHO/FCH/ GWH/01.5. WHO, Genebra (2001)*	Avaliação do desempenho clínico

MÓDULO 1: INTRODUÇÃO À MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

O módulo 1 é o módulo-base. O seu objectivo é fornecer informação essencial sobre a MGF, as tradições culturais que lhes servem de fundamento e as suas consequências. Também aqui se analisam as implicações ético-legais e de Direitos Humanos associadas à MGF.

Âmbito do módulo

O módulo pode ser usado como base para os restantes três módulos que compõem o presente manual. Pode igualmente ser, por si só, utilizado como um curso complementar para a sensibilização de profissionais sobre MGF.

Objectivos

No final do módulo, formandos e formandas deverão ser capazes de:

- Definir a MGF.
- Classificar a MGF segundo a OMS.
- Enunciar origens e teorias associadas à MGF.
- Identificar as razões apresentadas pelas comunidades para a prática e manutenção da MGF.
- Descrever os diferentes procedimentos/tipos de MGF e respectivos países.
- Descrever as consequências da MGF na saúde das mulheres, raparigas, meninas, famílias e na comunidade.

Pré-requisitos

Conhecimentos sobre anatomia e fisiologia do corpo humano.

Competências

- Conhecimento e compreensão da classificação da MGF pela OMS.
- Conhecimento da prevalência da MGF nos vários países e a nível mundial.
- Conhecimento das questões referentes à MGF – procedimentos, por quem e a quem, em que idades, sob que condições e por que razões.
- Conhecimento das diferentes complicações associadas à MGF ao longo do ciclo da vida:
  -Complicações físicas.
  -Complicações psicossociais.
  -Complicações sexuais.
  -Complicações obstétricas.

Material Auxiliar de Ensino

O material pode incluir:

- Filmes, gráficos, cartazes, folhetos, quadros para escrita, retroprojector e transparências, projector de diapositivos e diapositivos.
- Modelos anatómicos.

É aconselhada a leitura adicional de materiais dos seguintes temas:

- Estratégias globais e regionais da OMS para a saúde reprodutiva.
- Plano de acção regional para “acelerar” a eliminação da MGF em África.
- Planos de acção nacionais sobre a eliminação da MGF.
- Qualquer material de referência adicional relevante, disponível localmente.

Sessões

	Tempo em horas
Sessão 1: Análise e dinâmicas das tradições	2
Sessão 2: Descrição e contextualização da MGF	3
Sessão 3: Complicações resultantes da MGF	1
Sessão 4: Ética profissional e implicações legais da MGF	2
Sessão 5: Direitos Humanos e MGF	3

Sessão 1: Análise e dinâmica das tradições

Objectivos da sessão
No final da sessão, os/as participantes deverão:

1. Adquirir um entendimento global do significado de "tradição".
2. Identificar as tradições persistentes na comunidade.
3. Identificar diferentes tipos de tradições, incluindo as nefastas.
4. Reflectir sobre como promover a mudança.

Preparação do tema

Como exercício preparatório:

- Identificar algumas tradições conhecidas.
- Justificar a sua existência.

As sessões

Apresentar a sessão e os seus objectivos.

Definição de tradição

Conversa breve:

- Perguntar ao grupo: "o que entendem por tradição?"
- Incentivar o debate em grupos de duas ou três pessoas.
- Anotar as respostas.

Acordar uma definição de "tradição":

As tradições são costumes, crenças e valores de uma comunidade que conduzem e influenciam o comportamento dos seus membros. As tradições constituem hábitos apreendidos, que são passados de geração em geração e que são parte da identidade de uma comunidade em particular. As pessoas reproduzem esses padrões comportamentais, acreditando que são correctos e essenciais, na maior parte dos casos não os questionando. As tradições estão frequentemente protegidas por tabus, associados a poderes mágicos e sagrados, pelo que a sua alteração é difícil.

Análise de tradições

Debate em pequenos grupos para enumerar as tradições que conhecem com identificação de: benéficas, prejudiciais/nefastas ou neutras.

Sugestões:

Benéficas/positivas	Prejudiciais/nefastas	Neutras
•Amamentar •As mulheres serem dispensadas do trabalho doméstico depois do parto •Cuidados especiais e dieta nutritiva para a mulher no pós parto e durante a amamentação •Ritos de puberdade (que não incluam a MGF) que preparam as adolescentes para a idade adulta	•Falta de autonomia das mulheres na procura de cuidados de saúde (decisões tomadas apenas por homens e família alargada) •Tabus alimentares para mulheres grávidas e crianças •Casamento forçado, compra da noiva e maternidade prematura •Alimentação forçada de bebés •Preferência de filho de sexo masculino •Prioridade de acesso a alimentação de qualidade para homens e rapazes (mulheres e meninas comem em último lugar) •Marcas tribais •Mutilação genital feminina	•Usar talismãs •Colocar um pedaço de fio na fontanela de bebés para curar soluços •Envergar talismãs para afugentar espíritos

NB: A tabela anterior é apenas um exemplo. Algumas das tradições mencionadas não serão relevantes para todas as comunidades. Devem ser encorajadas as tradições benéficas e desencorajadas as prejudiciais ou nefastas.

Reflexão sobre tradições prejudiciais

Narração de história:

Tradition! Tradition! A story of Mother Earth, por Efua Dorkenoo, publicado por FORWARD Ltd. Londres, 1992.

Era uma vez um reino num país longínquo, conhecido como o País de Mirra. Aí vivia um povo orgulhoso, de grande legado cultural, enriquecido por tradições acarinhadas e de raízes profundas. Era tradição, por exemplo, que as mulheres de Mirra tivessem apenas uma perna. Porém, ainda que tivessem apenas uma perna, não se poderiam imaginar mulheres mais elegantes.

O seu trato era agradável e tinham um dom extraordinário para poesia de rara beleza. Simultaneamente, tinham as suas ambições, sendo astutas na medida exacta para as alcançar. E quando a ocasião o exigisse, conseguiam ser bastante agressivas.

Certo dia, o Criador enviou Mãe Terra ao País de Mirra para que averiguasse como as gentes viviam. Acontece que uma grande seca tinha assolado a região, havia gente que passava fome e, naturalmente, isso preocupava o Criador.

Desse modo, Mãe Terra, disfarçada de anciã, visitou o País de Mirra. Ficou surpreendida ao ver que, à sua chegada, as mulheres achavam não apenas normal, mas até estar na moda, caminhar apenas com uma perna!

Então, Mãe Terra decidiu-se a descobrir as razões para o estranho fenómeno das mulheres com uma só perna. Isso, contudo, revelou-se tarefa difícil. As pessoas que questionava davam-lhe respostas confusas para o facto das mulheres serem incapazes de manter as suas duas pernas.

Umas diziam-lhe que, se uma das pernas não fosse cortada enquanto menina, cresceria de tal forma desmesuradamente que, de um momento para o outro, se tornaria grande como uma árvore!

Outras diziam-lhe que uma mulher com duas pernas não poderia ter filhos.

Outras, ainda, explicaram que uma mulher precisava de protecção de si própria e que, de algum modo, o corte de uma perna ajudava a este propósito. Mãe Terra perguntou: “Mas de que forma?” Porém, não recebeu nenhuma resposta satisfatória.

Contudo, quando insistiu com a sua pergunta, Mãe Terra ouviu que com duas pernas uma mulher poderia fugir e tornar-se prostituta, enquanto que com apenas uma teria dificuldade em concretizá-lo.

Algumas pessoas chegaram a citar textos religiosos para responder a Mãe Terra, convictos de que havia sido o Criador a estipular que as mulheres passariam melhor com apenas uma perna.

Houve, no entanto, uma mulher muito velha no País de Mirra que conseguia lembrar-se como havia começado este costume de cortar uma perna a cada menina. E narrou a Mãe

Terra a seguinte história:

"Há muito tempo", começou a anciã, "na realidade, há três mil anos, no reinado de Moussa, o País de Mirra vivia um período de abundância e eram comuns grandes festas."

"Todos os anos eram organizados festivais de dança, coloridos e exóticos, para seleccionar a pessoa que seria o Governante do País. Nessa altura, homens e mulheres competiam em igualdade e o melhor dançarino era coroado Governante de Mirra."

"Durante cinco anos consecutivos, Moussa venceu com facilidade todos os festivais. Mas no sexto ano, o trono parecia ir fugir-lhe das mãos. Uma mulher lindíssima apareceu e tornou-se claro que dançava muito melhor que Moussa.

"Moussa ficou muito preocupado," continuou a idosa. "Decidiu agir! Num acto de desespero, aprovou um decreto que instituía que todas as mulheres deveriam ser amputadas de uma perna. Aparentemente, o assunto estava resolvido, uma vez que as dificuldades em dançar com uma só perna excluíam as mulheres do concurso. Assim, Moussa continuou o seu reinado por mais vinte anos."

Foi desta forma que a mulher recordou o modo como o fenómeno da mulheres de uma só perna tinha começado. Porém, para gerações de populações de Mirra, era apenas tradição, até eles passada pelos seus antecessores. Para mais, era responsabilidade das próprias mulheres garantir a adesão de todas as meninas a esta tradição decretada por lei!

Mãe Terra estava fascinada com a história. Queria, no entanto, saber se a anciã acreditava que fosse uma prática boa.

A mulher pensou por momentos e respondeu: "Conheço muitas tradições, umas boas, outras más – quanto a esta, não tenho a certeza do que achar".

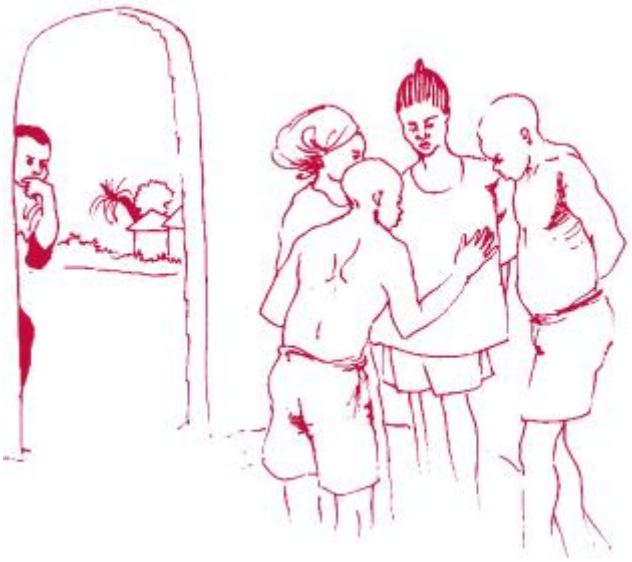
Então, Mãe Terra apontou: "Mas somente ao observá-la, diria que se sente confortável." "Oh, não", retorquiu a velha. "Passamos por muitas dificuldades para fazer as tarefas do dia-a-dia, apenas com uma perna!

"Porém, quando Moussa decretou que assim fosse, todos se amedrontaram e ninguém ousou discutir o assunto. Todos fingiram bravura e declararam que seria uma bela tradição!"

"Algumas pessoas defendiam que a beleza, o asseio e a pureza de uma mulher só eram garantidos com uma só perna!!!"

"E, ao fim de algum tempo, algumas mulheres interrogaram-se: "Porque havemos nós de deixar as mulheres jovens de fora? Já sofremos tanto, apenas com uma perna. Chegou o momento das meninas assumirem o seu papel na continuidade da tradição."

Por esta altura, Mãe Terra estava curiosa por saber o que tinham os homens a dizer sobre isto. Seria possível que seguissem cegamente tal tradição? Certamente que não!



A realidade, descobriu, que na realidade os homens não podiam discordar das tradições, mesmo das nefastas. Acreditavam que, ao abandonar a tradição destruiriam a honra e a dignidade da família e afectariam o seu estatuto na comunidade. "E afinal", argumentavam, "Quem pagará um bom dote por uma filha com duas pernas?"

Mãe Terra perguntou: "E as crianças?" Imaginava-as gritando de dor e medo. Sim, ouviu, as crianças seriam sempre crianças.

Sempre houve as que gritavam e se revoltavam e que tinham de ser forçadas a submeter-se à operação, para seu próprio bem. A maioria, no entanto, desejava ser como as amigas e integrar-se no grupo.

Foi nesse momento que Mãe Terra pensou que talvez os governantes do país pudessem liderar o processo de abandono desta tradição nefasta. Mas talvez, nem eles estivessem preparados para tal! Tinham medo de questionar uma tradição com raízes tão profundas.

Entretanto, a comida escasseava cada vez mais, na terra assolada pela seca. Caminhando com o auxílio de muletas, era difícil para as mulheres trabalhar a terra e viajar em busca de pastos mais ricos e de forragem para os animais.

Todavia, como a situação se tornasse insustentável, Mãe Terra reparou que o povo de Mirra começava a interrogar-se. Um punhado de mulheres e homens começavam a reunir-se para debater o que poderiam fazer para banir aquela má tradição. Aperceberam-se que chegara o momento de desafiá-la, para que as gerações futuras sobrevivessem aqueles tempos tão difíceis.

Enquanto falavam entre si, descobriram inúmeros mitos e tabus em torno da tradição. E, com o passar do tempo, juntaram forças para enfrentar estas falsas verdades e iniciar um plano.

Porém, durante todo este tempo permanecia entre eles um espião. Insuspeito, havia denunciado os seus planos aos governantes. Em troca, estes prometeram-lhe que a sua família nunca mais passaria fome.

E, desta forma, vieram guardas que prenderam os líderes do grupo. E assim terminou a tentativa do povo de Mirra para se unir contra a tradição maléfica.

Até os dias de hoje, as meninas continuam a ser amputadas/mutiladas. Na verdade, há tanto tempo que sucede que as pessoas já tomam o facto como dado adquirido. Já não se questionam sobre a tradição!

Mas sigamos, crianças. Temos um jogo de sobrevivência a jogar e, para tal, precisamos de ambas as pernas. Em frente!

Depois da narrativa

Debater as seguintes questões:

- Quem fez com que a comunidade reflectisse sobre o fenómeno das mulheres de uma só perna?
  – resposta: Mãe terra.
- Quem representa Mãe Terra?
  – resposta: Todos nós.
- Enumerem as razões apontadas para o fenómeno das mulheres de uma só perna: – respostas: Era tradição amputar uma perna às mulheres de Mirra porque se acreditava que:
  -De outro modo, a perna cresceria tanto como uma árvore.
  -A prática prevenia a promiscuidade, porque uma menina com apenas uma perna teria dificuldade em fugir e tornar-se prostituta.
  -Tornava as meninas mais bonitas.
  -Era obrigação religiosa (o Criador tinha instituído que as mulheres passariam melhor com apenas uma perna).
  -Era requisito obrigatório para o casamento, nenhum homem quereria uma mulher com duas pernas.
  -Apenas mulheres com uma perna conseguiam ter filhos.
  -Tornava as mulheres belas, limpas e puras.

Segundo a anciã, contudo, a verdade era que ter apenas uma perna impedia as mulheres de competir e vencer os festivais anuais de dança. Isso significava que nunca se tornariam líderes.

- Qual foi a abordagem à tradição, por parte de Mãe Terra? – respostas:
  -Fazia perguntas.
  -Tomava uma atitude não valorativa.
  -Escutava calmamente.
  -Reflectia cuidadosamente.
- Qual foi o resultado das acções?
  – respostas:

-Alargou a reflexão aos membros da comunidade.
-Motivou membros da comunidade a agir.

- O que se passou quando o grupo activista e voluntário foi traído/denunciado? – resposta: --toda a reacção à prática foi interrompida e os seus membros foram punidos por desafiar a tradição.
- Que outra tradição é comparável à da amputação de pernas? – resposta: a prática de MGF.
- Qual é a moral da história? – resposta: algumas tradições são prejudiciais; a mudança de mentalidades é inerente à dinâmica das culturas. As culturas são construídas, mantidas e questionadas ou alteradas pelas próprias pessoas da comunidade. As novas gerações têm consigo um manancial de aprendizagem, solidariedade e mudança que as motiva para alterar as tradições nefastas e prejudiciais.

Síntese da interpretação da história

- A amputação de pernas é comparável à MGF.
- Mãe Terra representa todos nós, na nossa responsabilidade individual e colectiva perante as acções globais.
- A investigação de Mãe Terra sobre a tradição está associada à sua capacidade de se relacionar eficazmente com a comunidade.
  - Fez perguntas.
  - Não julgou.
  - Escutou calmamente.
  - Reflectiu cuidadosamente.
  - Tomou uma abordagem positiva.
- Mãe Terra motivou pessoas na comunidade para repensar a tradição.

- O final, em que Mãe Terra convida crianças a escutar a história, indica que as novas gerações precisam de ser educadas e motivadas para a alteração de tradições nefastas.

Debate em pequenos grupos:

Pedir a cada grupo que:

- Invente, relate ou redija o capítulo seguinte da história, tendo como tópico: “o que as novas gerações podem fazer para mudar esta tradição?”

Checklist para docentes

Abordagens construtivas para a mudança de uma tradição prejudicial incluem:

- Sensibilização das comunidades para os problemas associados à tradição.
- Trabalho com as comunidade para o desencorajar, abandonar ou eliminar a prática.
- Educação de profissionais com conhecimentos e desenvolvimento de uma consciência crítica face às consequências nefastas da prática.
- Mobilização de jovens, mulheres, anciãos e líderes no trabalho de eliminação da prática.
- Aprovação de legislação que permita à comunidade actuar contra a prática, protegendo as meninas, raparigas e mulheres.

Recomenda-se que todos os temas relacionados com a tradição da MGF devem ser debatidos exaustivamente.

Encerramento da sessão:

- Colocar questões para garantir que todos os conteúdos foram compreendidos.
- Fornecer informação acerca da sessão seguinte.

Sessão 2: Descrição e contextualização da MGF

Objectivos da sessão
No final da sessão, os/as participantes deverão:

1. Descrever a estrutura e as funções dos órgãos genitais femininos.
2. Reconhecer uma MGF.
3. Apresentar uma definição descritiva de MGF.
4. Descrever o leque de procedimentos e as condições em que a MGF é realizada.
5. Enunciar a classificação da MGF pela OMS.
6. Indicar as origens e teorias por detrás da MGF.
7. Apresentar as razões apontadas para a realização da MGF.
8. Descrever dados da prevalência da MGF nos países onde é praticada.

Preparação do tema

Explorar os conhecimentos do grupo face à MGF. Identificar as razões apresentadas pelas comunidades para a sua realização.

As sessões

Apresentar a sessão e os seus objectivos .

Anatomia dos órgãos genitais externos femininos

- Perguntar: "Quais são os órgãos genitais femininos externos?"

Exercício com cartaz:

- Afixar um cartaz de grandes dimensões ou uma projecção não legendada com os órgãos genitais femininos externos.
- Entregar pedaços de papel com os nomes dos diferentes órgãos e suas funções.
- Pedir que colem os pedaços de papel junto dos órgãos no cartaz/projecção.

Síntese:

Sintetizar a informação utilizando a imagem seguinte para explicar a estrutura e funções dos genitais femininos.

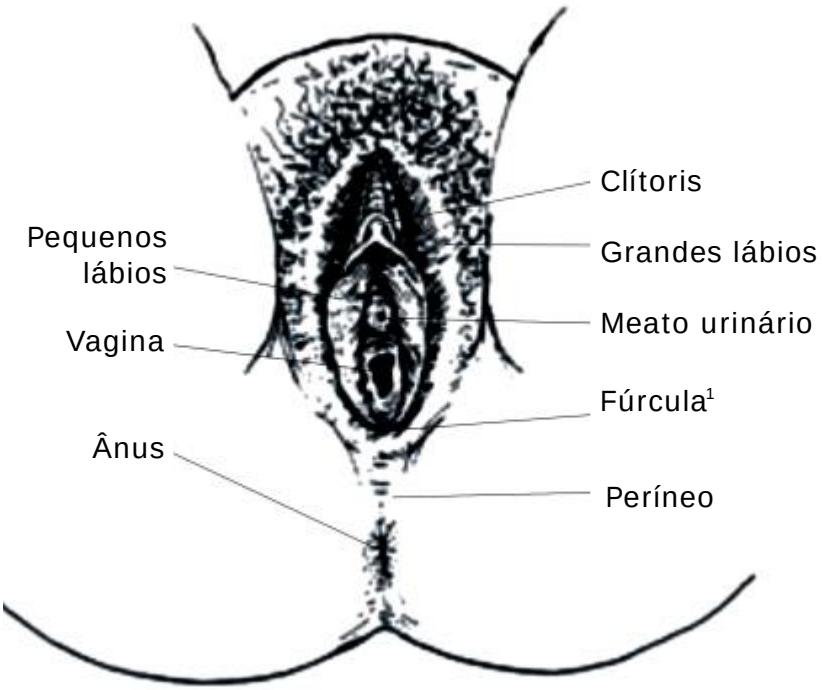


Figura 1.1: Estrutura dos órgãos genitais femininos externos.

1 Nota de tradutor: Junção posterior dos pequenos lábios (frenulum labiorum pudendi)

Órgãos e Funções dos Genitais Femininos Externos

Órgão	Função
Glândulas de Skene e de Bartholin	Essenciais à lubrificação da vagina
Orifício vaginal	Permite a eliminação de fluxo menstrual, o acto sexual e que se dilata durante o trabalho de parto para permitir a passagem do bebé
Meato urinário	Permite o esvaziamento da bexiga em alguns minutos
Clítoris	Órgão formado por tecido esponjoso e fortemente irrigado muito sensível à estimulação sexual
Períneo	Suporta os órgãos pélvicos e separa a vagina do ânus
Pequenos lábios	2 pregas de pele que protegem os órgãos internos e o orifício vaginal
Grandes lábios	2 pregas de pele que cobrem e protegem externamente os órgãos e orifícios internos

Definição de mutilação genital feminina

Construir com o grupo uma definição do que é a mutilação genital feminina, seguida de uma conversa breve, com anotação das respectivas respostas.

Sintetizar a informação, fornecendo a seguinte resposta:

A mutilação genital feminina (MGF) consiste em todos e quaisquer procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos ou outra lesão dos genitais femininos, quer seja por razões de índole cultural ou razões não terapêuticas (OMS 1995).

A MGF consiste em "todas as intervenções que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos ou que provoquem lesões nos órgãos genitais femininos por razões não médicas" (OMS, 1997 e 2008).

Anteriormente à adopção da expressão MGF, as práticas eram identificadas como "circuncisão feminina".

Práticas de MGF

(Ver figuras 1.2 a 1.6)

Questionar o grupo sobre os procedimentos envolvidos na MGF.

Conversa breve:

- Permitir uma conversa breve sobre o tema
- Pedir algumas respostas

Sintetizar:

- A MGF é realizada utilizando facas, tesouras, lâminas ou pedaços de vidro para o efeito. Em ocasiões raras, registou-se o uso de pedras afiadas (por exemplo, no Leste do Sudão), sendo a cauterização (queimadura) praticada em algumas zonas da Etiópia. Em algumas partes da Gâmbia, os clítoris das bebés são removidos com as unhas. Os utensílios são frequentemente reutilizados sem que sejam limpos.
- Os procedimentos são normalmente executados por uma mulher anciã da aldeia, especialmente nomeada para a prática, que frequentemente é também uma parteira tradicional. Sem utilização de anestesia a menina é imobilizada por várias mulheres (algumas delas suas familiares). A intervenção demora geralmente entre 15 a 20 minutos, dependendo das habilidade da excisadora, da extensão do corte e da resistência oferecida pela menina. A ferida é

untada com inúmeras substâncias, desde álcool ou sumo de limão a cinzas, preparados de ervas ou cereais, óleo de côco ou estrume de vaca; e as pernas da menina podem ser atadas até que a ferida cicatrize. Ocasionalmente, são usados espinhos de arbustos para perfurar o prepúcio ou para unir os lábios vaginais.

- Em certas regiões (por exemplo, em áreas do Congo e na Tanzânia continental), a MGF implica o alongamento dos pequenos lábios e/ou do clítoris, por um período de 2 a 3 semanas. O procedimento é iniciado por uma anciã nomeada para a tarefa, que coloca paus de uma madeira específica de forma a fixar os genitais alongados e a impedir que não retomem o seu tamanho original. A menina é instruída a esticar os genitais todos os dias, a alongá-los e a colocar cada vez mais paus, de forma a manter os órgãos esticados. Este método de estiragem é repetido diariamente por um período de cerca de duas semanas e, geralmente, não são usados mais de quatro paus para manter esticados os órgãos, uma vez que puxar e esticar os genitais mais intensamente torná-los-ia demasiado compridos.

A MGF inclui: ver figura (1.2 a 1.6)

Figura 1.2: Órgãos genitais femininos externos sem MGF e órgãos genitais femininos externos com remoção parcial ou total do prepúcio do clítoris (Tipo I).

Órgãos genitais femininos externos

Excisão parcial ou total do prepúcio do clítoris

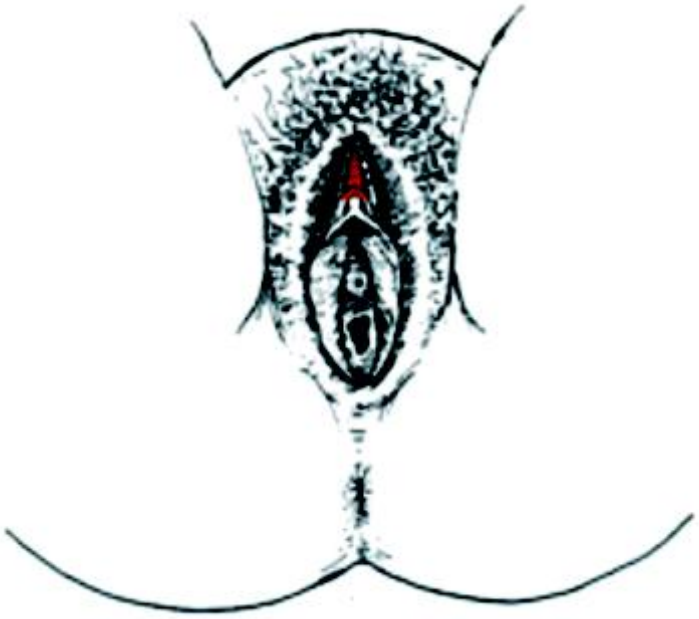


Figura 1.3: Órgãos genitais femininos externos sem MGF e órgãos genitais femininos externos com remoção parcial ou total do clítoris e /ou do prepúcio (Tipo I).

Órgãos genitais femininos externos

Excisão total do clítoris e do prepúcio

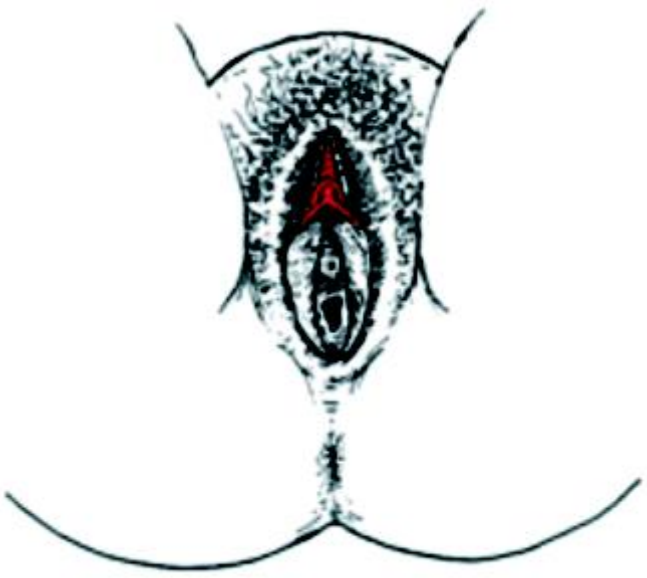


Figura 1.4: Órgãos genitais femininos externos sem MGF e órgãos genitais com remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com excisão dos grandes lábios (excisão – Tipo II).

Órgãos genitais femininos externos

Órgãos genitais com remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com excisão dos grandes lábios (excisão)

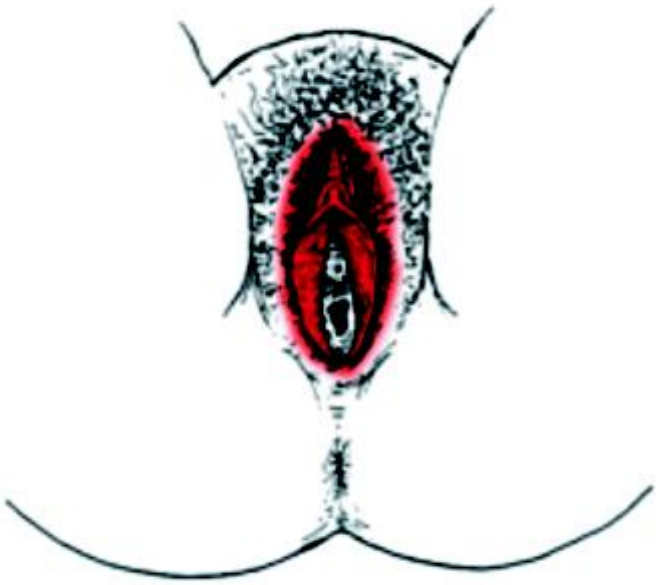
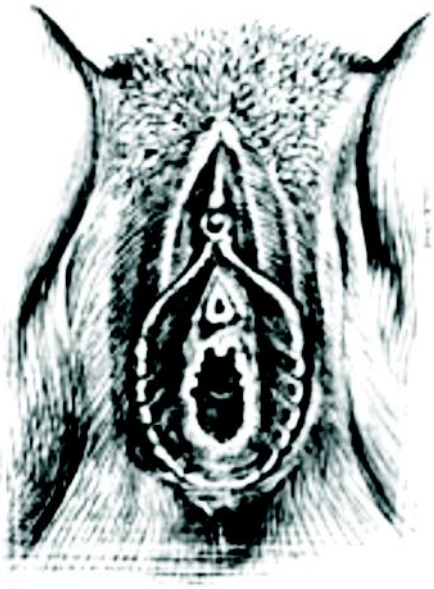


Figura 1.5: Órgãos genitais femininos externos sem MGF e órgãos genitais com estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e/ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris (infibulação - Tipo III).

Órgãos genitais femininos externos



Órgãos genitais infibulados

Figura 1.6: Órgãos genitais femininos externos sem MGF e órgãos genitais sujeitos a actos não classificados: todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo: alongamento, punção/picar, perfuração, incisão/corte, escarificação e cauterizacão (Não classificados - Tipo IV).

Órgãos genitais femininos externos

Pequenos lábios alongados

Debate em pequenos grupos:

- Dividir a turma em grupos de 6 a 8 elementos.
- Escrever algumas perguntas num quadro, transparências ou cartaz e solicitar a cada grupo as respostas:
  - Quem são as vítimas de MGF ou em quem é executada a MGF?
  - Quais são as razões apresentadas para a MGF?
  - Quem executa a MGF?
  - Como é realizada a MGF ou quais os procedimentos de MGF?
- Reservar 20 a 30 minutos para debate.
- Pedir a cada grupo que nomeie um porta-voz para apresentação das conclusões.
- Reservar 30 minutos adicionais para apresentação e discussão.

Sintetizar a matéria em sessão de fórum:

Quem são as vítimas de MGF?

- A mutilação genital feminina é praticada ao longo do ciclo de vida das mulheres, isto é, desde o nascimento até a idade adulta.

Idade em que a MGF é praticada

(Ver figuras 1.7 a 1.12)

A idade em que a mutilação genital feminina é praticada varia bastante. Depende do grupo étnico, da localização geográfica ou outros factores culturais. Em alguns grupos é executada em bebés. Na Eritreia, por exemplo, as meninas são excisadas ao sétimo dia após o nascimento. Genericamente as meninas são excisadas entre os 4 e os 10/14 anos de idade. Noutros grupos a MGF acontece durante a adolescência, por altura do casamento, durante uma primeira gravidez ou mesmo durante o parto.

Figura 1.7: A MGF é realizada em bebés

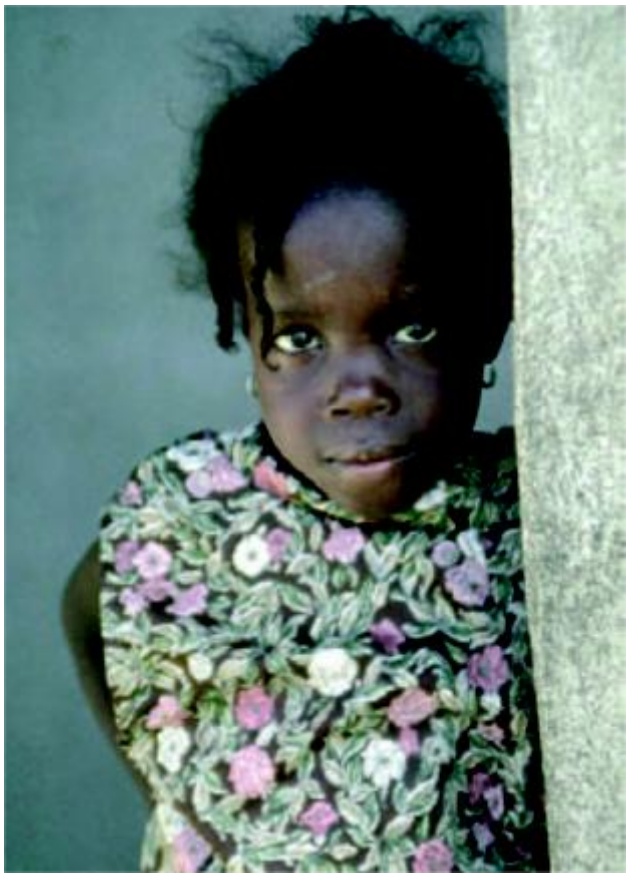


Figura 1.8: A MGF é realizada em crianças

Figura 1.9: A MGF é realizada durante a adolescencia

Figura 1.10: A MGF é realizada em mulheres adultas, por altura do seu casamento

Figura 1.11: A MGF é ocasionalmente realizada em mulheres grávidas

Figura 1.12: A MGF é realizada durante o trabalho de parto e o parto

Quem pratica a MGF?

A MGF é praticada em vários países por crentes de diferentes religiões – inclusive muçulmanos, cristãos (católicos, protestantes e coptas) e animistas – bem como por grupos ateístas.

Quem realiza a excisão?

Nas culturas em que a MGF é um costume, os procedimentos são conduzidos frequentemente por mulheres idosas ou destacadas da comunidade, especialmente designadas para a tarefa. Por vezes, parteiras tradicionais, pessoas com poderes mágicos e curativos ou mesmo barbeiros da aldeia desempenham estas funções.

"Medicalização" da MGF

A MGF é também praticada em hospitais e clínicas por profissionais de saúde que utilizam anestesias e anti-sépticos. A justificação frequentemente apresentada para a realização de MGF por estes profissionais é a de que reduz o nível de dor, assim como os riscos para a saúde, uma vez que a operação é realizada em condições higiénicas e de assepsia adequadas. Estes profissionais defendem que a medicalização é o primeiro passo para a prevenção da prática e que, caso recusem fazê-lo, as utentes simplesmente sujeitar-se-ão a operações conduzidas por circuncisoras/excisadoras, em condições higiénicas deficientes e sem analgésicos.

Importa notar que, quer seja realizada em hospitais ou outras instalações de saúde, a MGF é uma agressão consciente dos órgãos saudáveis com fins não terapêuticos. Viola sob quaisquer parâmetros, o princípio essencial de "não prejudicar" e os valores éticos associados.

As origens da mutilação genital feminina

- Não se sabe quando ou onde teve origem a tradição da MGF.
- Algumas pessoas crêem que a prática possa ter começado no Antigo Egipto.
- Algumas pessoas pensam que tenha começado com o tráfico de escravos, quando mulheres escravas chegaram às sociedades árabes.
- Algumas pessoas acreditam que a MGF se iniciou com a expansão do Islão para algumas regiões da África Subsariana.
- Outras crêem que começou independente entre povos guerreiros, na África Subsariana sendo anterior ao Islão.
- Certas pessoas pensam que pode ter tido origem entre grupos étnicos específicos da África Subsariana e como parte integrante dos ritos de puberdade.

Razões para realizar a MGF

São várias as razões pelas quais a MGF continua a ser praticada. As justificações apontadas pelas comunidades praticantes agrupam-se da seguinte forma:

- Razões sócio-culturais.
- Razões higiénicas e estéticas.
- Razões espirituais e religiosas.
- Razões psicossexuais.

Razões sócio-culturais:

- Algumas comunidades acreditam que a remoção do clítoris é essencial para que uma menina se torne mulher e membro de pleno direito da espécie humana. Só assim adquire o direito de se associar a outros da sua faixa etária e aos antepassados.
- Algumas comunidades acreditam que os órgãos genitais externos de uma mulher têm o poder de cegar a pessoa que assiste no parto, de provocar a morte, deficiências físicas ou a loucura da criança que nasce, ou mesmo de causar a morte do seu marido.
- Acredita-se, igualmente, que a mutilação genital feminina assegura a virgindade, pré-requisito para o casamento, assim como a honra e a linhagem familiar.
- As sociedades em que é praticada a MGF são patriarcais e predominantemente patrilineares. O acesso das mulheres à propriedade de terras e à segurança são, frequentemente, assegurados através do casamento e apenas as mulheres excisadas são consideradas aptas para o casamento.
- Em algumas comunidades, a MGF é o rito de passagem à idade adulta e faz-se acompanhar por cerimónias que marcam o momento em que a menina se torna mulher.
- Em comunidades praticantes da MGF, as meninas sofrem geralmente pressão social por parte dos seus pares e familiares para que se submetam ao procedimento; ameaçadas com a rejeição por parte do

grupo ou da família caso não sigam a tradição.
- A excisadora é regra geral uma pessoa poderosa e respeitada na comunidade e a MGF é a sua fonte principal de rendimentos económicos; logo a manutenção da tradição é do seu interesse pessoal.

Razões higiénicas e estéticas:
- Nas comunidades em que a MGF é prática tradicional, acredita-se que os órgãos genitais femininos externos são feios e sujos e que continuarão a crescer se não forem removidos. Crê-se então, que para assegurar a higiene e limpeza das meninas a remoção dos órgãos genitais é fundamental.
- A MGF aparece também com a chamada limpeza espiritual.
- Acredita-se que a MGF é responsável pela maior beleza das meninas.

Razões espirituais e religiosas:
- Algumas comunidades acreditam que a remoção dos genitais externos é um requisito da religião que assegura que as meninas sejam espiritualmente puras.
- Em sociedades muçulmanas praticantes da MGF, acredita-se que esta é requisito do livro sagrado. Porém, sabemos que não há no Corão qualquer referência à MGF, facto confirmado por líderes e estudiosos do livro sagrado.

É importante sinalizar que nem a Bíblia nem o Corão defendem ou promovem a prática da MGF, embora esta seja frequentemente conduzida por comunidades – em especial, muçulmanas – sob a crença profunda de que é parte integrante da sua religião.

Razões psicossexuais:
- Acredita-se que a menina não excisada tem um impulso sexual excessivo e incontrolável que será responsável pela perca prematura da virgindade, respectiva desgraça da família e ameaça a todos os homens da comunidade. A (falsa) crença é a de que um clítoris não cortado crescerá ao ponto de aumentar a pressão sobre o órgão, o que será responsável por um desejo sexual intenso.
- Também se pensa que a pequena abertura e o estreitamento do orifício vaginal resultante da infibulação aumenta o prazer sexual masculino , prevenindo o divórcio ou a infidelidade.
- Em certas comunidades acredita-se que a infertilidade se resolve com a mutilação dos genitais de uma mulher que não consegue engravidar.

Classificação da MGF pela Organização Mundial da Saúde (OMS)

Conversa breve:
- Perguntar que tipos de MGF são praticados na região ou conhecidos pelo grupo.
- Garantir tempo para as respostas.

Palestra/debate:
- Perguntar se o grupo está familiarizado com a classificação da OMS dos vários Tipos de MGF.
- Permitir a partilha e debate durante alguns minutos.
- Esclarecer, corrigir mal-entendidos e fornecer informação, utilizando por exemplo, o quadro:

Desde 1995 que a OMS tem vindo a classificar os diferentes tipos de mutilações genitais femininas:

Classificação das Mutilações Genitais Femininas segundo a OMS em 1995 1997 e 2008[2]

Classificação da OMS, 2007	Classificação da OMS, 1997	Classificação da OMS, 1995
Tipo I: Remoção parcial ou total do clítoris e/ou do prepúcio (clitoridectomia). São propostas as seguintes subdivisões, quando se torne importante distinguir as principais variações de mutilações do Tipo I: Tipo Ia, remoção apenas do prepúcio (capuz) do clítoris; Tipo Ib, remoção do clítoris com o prepúcio.	Tipo I: Clitoridectomia - existe a remoção da pele que cobre o clítoris ou remoção parcial ou total do clítoris.	Tipo I: Excisão do prepúcio, com ou sem excisão parcial ou total do clítoris.
Tipo II: Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios (excisão). São propostas as seguintes subdivisões, quando se torne importante distinguir as principais variações documentadas: Tipo IIa, remoção apenas dos pequenos lábios; Tipo IIb, remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios; Tipo IIc, remoção parcial ou total do clítoris, dos pequenos lábios e dos grandes lábios. Notar que, na língua francesa, o termo "excisão" é frequentemente empregue como designação generalista, cobrindo todos os tipos de mutilação genital feminina.	Tipo II: Excisão - consiste na remoção total do clítoris com remoção parcial ou total do lábio menor.	Tipo II: Excisão do clítoris com excisão parcial ou total dos pequenos lábios.
Tipo III: Estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e/ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris (infibulação). São propostas as seguintes subdivisões, quando se torne importante distinguir as variações da infibulação: Tipo IIIa: remoção e aposiçãodos pequenos lábios; Tipo IIIb, remoção e aposição dos grandes lábios.	Tipo III: Infibulação - existe a remoção do clítoris, lábio menor e parte dos grandes lábios, de seguida são unidos os dois lados da vagina ficando apenas uma pequena abertura para a saída da urina e do fluxo menstrual	Tipo III: Excisão de parte ou da totalidade dos genitais externos e sutura / estreitamento da abertura vaginal (infibulação).
Tipo IV: Actos não classificados: todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo: punção/picar, perfuração, incisão/corte, escarificação e cauterização.	Tipo IV: Procedimentos que incluem: Piercing ou incisão do clítoris ou lábios; Alongamento do clítoris ou lábios; Cauterização por queimadura do clítoris e tecidos circundantes; Cortes dos tecidos circundantes do orifício vaginal (corte angurya) ou corte da vagina (corte gishiri); Utilização de substâncias, objectos e plantas para queimar ou perfurar os órgãos genitais.	Tipo IV: Actos não classificados: punção, perfuração ou incisão/corte do clítoris e/ou dos lábios; alongamento do clítoris e/ou dos lábios; cauterização por queimadura do clítoris e do tecido envolvente; escarificação do tecido envolvente ao orifício vaginal (cortes angurya) ou corte da vagina (cortes gishiri); introdução de substâncias corrosivas ou ervas navagina para provocar hemorragia ou estreitamento; qualquer outra prática que possa ser abarcada pela definição generalista de mutilação genital feminina.

2 Nota de tradutor: Programa de Acção Para a Eliminação da MGF, Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C. APF,

O/a formador/a poderá recorrer à utilização de diapositivos, modelos, transparências ou filmes com representações de diferentes tipos de MGF.

Deve ser debatido com o grupo os sentimentos e emoções resultantes da visualização do material com a partilha de sentimentos, tendo em atenção que no grupo podem existir pessoas directa ou indirectamente afectadas pela MGF.

Prevalência da MGF

Brainstorming:

- Perguntar ao grupo: Se considera que a MGF é um problema no país?
- Qual é a dimensão do problema a nível nacional, regional e mundial?
- Permitir a troca de ideias e registar as respostas.

Sintetizar:

- Enfatizar que a MGF é um problema de saúde e de Direitos Humanos de grande dimensão.
  Mostrar um mapa-mundi e com pequenas bandeiras ou cartões pedir que assinalem no mapa os locais onde pensam que a MGF é praticada.
- Projectar e explicar os dados sobre a prevalência da MGF em diversos países e os países onde há registos de prática, embora sem prevalência associada.
- Informar o grupo sobre levantamentos estatísticos ou estudos de investigação a nível nacional, que embora não específicos sobre MGF podem disponibilizar dados sobre a sua prevalência, por exemplo, os Inquéritos Nacionais de Saúde, inquéritos sobre violência e maus tratos sobre mulheres e crianças, entre outros.

Notas:

- Estima-se que 100 a 140 milhões de meninas e mulheres tenham sido submetidas a uma forma de mutilação genital feminina e que pelo menos 3 milhões de meninas correm anualmente o risco de serem mutiladas. A maioria das meninas e mulheres que foram sujeitas a alguma forma de mutilação genital feminina vive em 28 países africanos, embora algumas vivam no Médio Oriente e na Ásia (ver Quadro 1). A prática também está registada na Índia, conduzida pela comunidade muçulmana Daudi Bohra. Associada aos movimentos migratórios, a MGF está hoje registada na Europa, Austrália, Canadá e nos Estados Unidos da América.

Quadro 1. Estimativa da prevalência da mutilação genital feminina

Notar que: A informação sobre a prevalência da MGF provém de fontes de qualidade variável; esta síntese apresenta a informação com base na fiabilidade das mesmas.

Estimativas mais fiáveis: inquéritos nacionais *

País	Prevalência (%)	Ano
Burquina Faso	72	1998/99
Costa do Marfim	43	1994
Egipto	97	1995
Eritreia	95	1995
Guiné	99	1999
Iémen	23	1997
Mali	94	1995/96
Níger	5	1998
Nigéria	25	1999
Quénia	38	1998
República Centro-Africana	43	1994/95
Somália	98-100	1982-93
Sudão	89	1989/90
Tanzânia	18	1996
Togo	12	1996

Fonte para todas as estimativas com excepção da Somália e Togo: Inquéritos Demográficos de Saúde Nacionais (DHS); disponibilizado por Macro International Inc. (http://www.measuredhs.int) / (http://www.measuredhs.com), Calverton, Maryland, E.U.A.

Para a Somália a estimativa provém de um inquérito nacional de 1983 pelo Ministério da Saúde, Fertilidade e Planeamento Familiar na Somália Urbana (Fertility and Family Planning in Urban Somália), 1983, Ministério da Saúde, Mogadishu e Westinghouse. O inquérito registou uma prevalência de 96%. Outros cinco inquéritos, realizados entre 1982 e 1993, em diferentes amostras registaram uma prevalência de 99 – 100%. Os detalhes destas fontes podem ser encontrados abaixo, na referência #3.

Para o Togo, a fonte é um inquérito nacional desenvolvido pela Unidade de Pesquisa Demográfica (Unité de Recherche Démographique – URD) em 1996 (a referência do relatório não publicado é: Agounke E., Janssens M., Vignikin K., Prévalence et facteurs sócio-économiques de l'ecision au Togo, raport provisoire, Lomé, Junho 1996). Os resultados são dados em Locoh T. 1998, Pratiques et attitudes en matiére d'excision en Afrique. Population 6: 1227-1240.

O ano é referente ao ano do inquérito, excepto no caso da Somália em que se refere ao ano da publicação do relatório do Ministério da Saúde. Notar que alguns dos relatórios da DHS estão datados de um ano após do próprio inquérito.

Outras estimativas

País	Prevalência (%)	Ano	Fonte
Benim	50	1993	Estudo do Comité Nacional,não publicado, citado em 1, 2
Chade	60	1991	Estudo patrocinado pela UNICEF, não publicado,citado em 1, 2
Etiópia	85	1885; 1990	Estudo do Ministério da Saúde patrocinado pela UNICEF; estudo do Comité Inter-Africano, citado em 2
Gâmbia	80	1985	Estudo, citado em 1, 2
Gana	30*	1986; 1987	Dois estudos citado em 1, 2 em regiões diferentes, conclusões divergentes.
Libéria	60**	1984	Estudo não publicado, citado em 1, 2
Senegal	20	1990	Estudo a nível Nacional citado em 1, 2
Serra Leoa	90	1987	Koso-Thomas O., The Circumcision of Women: A strategy for eradication, Londres, Zed Press, 1987.

Para estudos publicados, a referência é o ano de publicação. Para estudos não publicados nem sempre é explícito se o ano se refere ao ano do relatório ou ao ano do inquérito. Quando não é indicado ano, é porque a informação não está disponível.

1 Toubia N. 1993, Female Genital Mutilation: A Call for Global Action", (http://rainbo.org). (Algumas das imagens foram actualizadas na versão em Arábico do documento de 1996.)

2 Organização Mundial da Saúde. 1998. "Female Genital Mutilation. An Overview".

3 Makhlouf Obermeyer C. 1999. "Female Genital Surgeries: The Known, the Unknown and the Unknowable". Anthropology Quarterly Quarterly; 13(1): 79-106.

*Um estudo registou uma prevalência variável de 75 a 100% entre grupos étnicos do norte; outro estudo no sul identificou MGF apenas entre migrantes; o valor de 30% é retirado da referência #1.

**Um inquérito restrito revelou que todos os grupos excepto três praticam MGF e estimou uma prevalência entre 50-70%; o valor de 60% foi retirados da referencia #1.

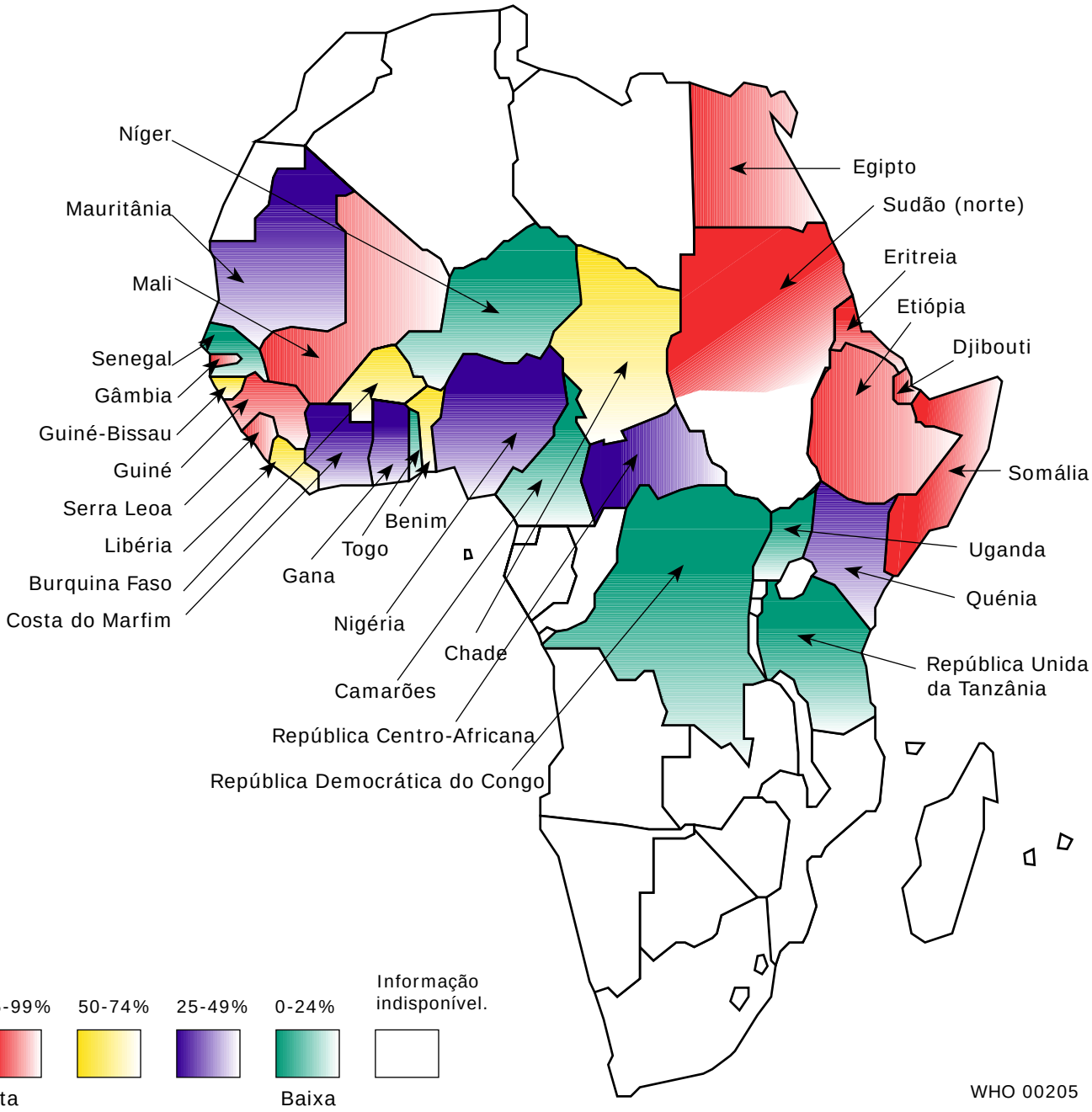
Estimativas de fiabilidade questionável***

País	Prevalência (%)
Camarões	20
Djibouti	98
Guiné-Bissau	50
Mauritânia****	25
República Democrática do Congo	5
Uganda	5

*** Estas estimativas são baseadas em informação não documentada. São citadas nas referências #1 e 2 acima referidas.

**** Um inquérito nacional foi elaborado pela DHS, cujo relatório será publicado.

Figura 2: Prevalência estimada de MGF na população feminina em países Africanos



O mapa reflecte a prevalência da MGF na região Africana. Não pode, contudo, deduzir-se dos dados a aceitação ou não da MGF.

Os países em que a prática de mutilação genital feminina dos Tipos I, II, III ou IV foi documentada estão enumerados na lista que se segue. Para os países que não estão assinalados com um asterisco, a prevalência calculada resulta da informação obtida com base em inquéritos a nível nacional (Inquéritos Demográficos de Saúde (DHS), publicados pela Macro, ou os Inquéritos Nacionais de Múltiplos Indicadores por Amostragem (MICS), publicados pela UNICEF.

Quadro – Países onde a MGF está documentada*

País	Ano	Estimativa da Prevalência da MGF em meninas e mulheres com idade entre os 15 e os 49 anos (%)
Benim	2001	16.8
Burquina Faso	2005	72.5
Camarões	2004	1.4
Republica Centro Africana	2005	25.7
Chade	2004	44.9
Costa do Marfim	2005	41.7
Djibouti	2006	93.1
Egipto	2005	95.8
Eritreia	2002	88.7
Etiópia	2005	74.3
Gâmbia	2005	78.3
Gana	2005	3.8
Guiné	2005	95.6
Guiné Bissau	2005	44.5
Iémen	1997	22.6
Libéria **	--	45.0
Mali	2001	91.6
Mauritânia	2001	71.3
Níger	2006	2.2
Nigéria	2003	19.0
Quénia	2003	32.2
Senegal	2005	28.2
Serra Leoa	2005	94.0
Somália	2005	97.9
Sudão, região Norte(aproximadamente 80% da população abrangida pelo inquérito)	2000	90.0
Togo	2005	5.8
Uganda	2006	0.6
República da Tanzânia	2004	14.6

*Dados das prevalências publicados em Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta-OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. APF (2009)

*A estimativa derivada de uma combinação de estudos locais e sub-nacionais (Yoder e Khan, 2007).

Enceramento da Sessão:

- Garantir que todos os conteúdoss foram compreendidos.
- Fornecer informação acerca da sessão seguinte.

Sessão 3: Complicações Resultantes da MGF

Objectivos da sessão
No final da sessão o grupo deverá ser capaz de:

1. Descrever as complicações imediatas e a longo prazo resultantes da MGF.
2. Identificar as complicações psicossociais e sexuais associadas à MGF.
3. Identificar complicações associadas à MGF.

Introdução

São inúmeras as complicações de saúde associadas à MGF e algumas delas são gravemente incapacitantes (ver *A Systematic review of the health complications of FGM*, nas referências essenciais). A falta de informação e formação sobre MGF, "esconde" por vezes a extensão e abranda o esforço de planeamento das necessidades de saúde das comunidade afectadas e de eliminação da prática. Ao nível clínico, é necessária documentação para uma gestão eficiente dos casos e para a prestação de cuidados de saúde, incluindo o acompanhamento de meninas, raparigas e mulheres com MGF. É importante fazer registos (nos registos clínicos a presença de MGF, o tipo e as complicações daí derivadas, de acordo com protocolos e legislação existente).

A sessão

- Apresentar a sessão e os seus objectivos
  Rever os conhecimentos adquiridos sobre a anatomia e fisiologia dos órgãos genitais externos femininos, tratados na sessão 2.
- Com base no Quadro utilizado na sessão 2 (anatomia e fisiologia), questionar o grupo sobre quais as consequências da mutilação de cada um dos órgãos.

Debate em pequenos grupos:

- Divisão em subgrupos de 6 a 8 elementos.
- Permitir que cada grupo debata e responda às seguintes questões:
  -Quais são as complicações físicas resultantes da MGF?
  -Quais são os problemas psicossociais associadas à MGF?
  -Quais são as consequências sexuais associadas à MGF?
  -Como aumentar o conhecimento sobre as complicações de saúde resultantes da MGF?
  -Onde pode ser integrada informação sobre MGF (estruturas e sistema de sistema de saúde)?
  Reservar uma hora para o debate em subgrupos.

Sessão de fórum ou debate em grupo alargado:

- Deixar o grupo partilhar os seus conhecimentos e opiniões acerca das questões acima referidas.
- Fornecer a informação adicional necessária.

Sintetizar:

Utilizar a checklist que se segue:

- Complicações físicas a curto prazo:
  -Dor intensa;
  -Lesão nos tecidos adjacentes da uretra;
  -Vagina, períneo e recto;
  -Hemorragia;
  -Choque hipovolémico;
  -Retenção urinária aguda;
  -Fractura óssea ou deslocamento;
  -Infecção;
  -Incapacidade de cicatrizar a ferida.

- Complicações físicas a longo prazo:
  -Dificuldade em urinar;
  -Infecção urinárias recorrentes;
  -Infecção pélvicas;
  -Infertilidade;
  -Quelóides;
  -Abcessos;
  -Quistos e abcessos vulvares;
  -Neuroma clitoriano;
  -Dificuldades relacionadas com o fluxo menstrual;
  -Formação de cálculos na vagina e justa uretrais;
  -Fístula vesico-vaginal (FVV) e fístula recto-vaginal (FRV);
  -Problemas no parto - obstrução, rasgaduras do períneo e sofrimento fetal intra-parto;
  -Dificuldade de cicatrização.

- Complicações psicossociais:
  -Para algumas meninas, a mutilação é uma ocasião marcada por medo, submissão, inibição e supressão de sentimentos. A experiência é um marco intenso no seu desenvolvimento mental, a sua memória nunca as deixará.

-Algumas mulheres revelam sofrer de dor intensa durante o acto sexual e a menstruação; semelhante à experiência original de mutilação genital. Sofrem em silêncio.
-Há meninas, raparigas e mulheres disponíveis para testemunhar de que modo a humilhação, opressão e medo se tornaram parte das suas vidas em resultado de terem sido submetidas à mutilação genital. Para outras é difícil ou mesmo impossível falar sobre a sua experiência, embora a sua ansiedade e fragilidade, com frequência, reflicta a profundidade da sua dor emocional.
-As meninas e raparigas podem experienciar sentimentos de traição, amargura e raiva por terem sido sujeitas à MGF, mesmo quando imediatamente após a intervenção têm o apoio das suas famílias. Isto pode provocar uma crise de confiança e segurança para com a família e grupos de pertença, com repercussões a longo e médio prazo. Pode afectar o relacionamento com as figuras parentais e "minar" a sua capacidade para desenvolver relações íntimas e de vinculação no futuro.
-Para algumas meninas, raparigas e mulheres, a experiência de mutilação genital e os seus efeitos psicológicos são comparáveis com a experiência de violação.
-A experiência de mutilação genital está também associada perturbações mentais e psicossomáticas. Por exemplo, distúrbios nos hábitos alimentares e de sono, na capacidade de concentração e aprendizagem. Os sintomas incluem insónias, pesadelos, perda de apetite, perda ou aumento excessivo de peso, ataques de pânico, dificuldades de concentração e aprendizagem e outros sintomas de stress pós-traumático. À medida que crescem, podem desenvolver disfunções da auto-estima e auto-imagem, depressão, ansiedade crónica, fobias, pânico ou mesmo perturbações psicóticas. Muitas mulheres sofrem em silêncio, incapazes de expressar a sua dor e medo.
-As meninas não excisadas podem ser socialmente estigmatizadas, rejeitadas pelas suas comunidades e incapazes de casar localmente, o que pode provocar isolamento sócio-afectivo e traumas psicológicos.

- Complicações sexuais resultantes da MGF
  -As mulheres que tenham sido submetidas a mutilação genital podem sofrer de várias formas de disfunção sexual, incluindo o vaginismo (que pode resultar de lesões na área da vulva e repetidas tentativas de penetração).
  -As mulheres que tenham sido sujeitas a MGF podem sentir dor durante o acto sexual (dispareunia) causada pela escarificação, estreitamento da abertura vaginal, obstrução da vagina provocada pelo alongamento dos pequenos lábios e de infecções. Nas formas mais graves, a penetração vaginal pode ser difícil ou mesmo impossível sem que se rasguem ou cortem as cicatrizes.

Encerramento da sessão:

- Fazer perguntas ao grupo para averiguar a compreensão da matéria.
- Permitir o esclarecimento de dúvidas.
- Promover o debate no grupo e proceder ao registo dos principais tópicos e conclusões.

Sessão 4:
Ética profissional e implicações legais da MGF

Objectivos da sessão
No final da sessão o grupo deverá ser capaz de:

1. Reflectir sobre a ética profissional face à MGF.
2. Reflectir sobre as implicações legais da MGF.

Preparação do tema

- Promover em grupos de 2 ou 3 elementos conversas breves com base na pergunta: o que é a ética profissional?
- Registar as respostas.
- A ética profissional consiste numa declaração de princípios, por vezes designados de deontológicos, que orientam o comportamento de grupos profissionais. A ética não se restringe à legislação. Por exemplo, a ética em enfermagem inclui a confidencialidade, o respeito pelos pacientes enquanto pessoas individuais, independentemente do seu enquadramento cultural, estatuto socioeconómico ou religião.

A sessão

Apresentar a sessão e os seus objectivos.

- Informar o grupo da existência do código deontológico em cada país. Ao nível internacional, funcionam o Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses – ICN), a Confederação Internacional de Parteiras (International Confederation of Midwives – ICM), a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – FIGO, entre outras.
- Análise dos códigos reguladores da actividade de enfermagem, obstetrícia, psicologia, direito, entre outros, ao nível nacional e internacional.

Debate em pequenos grupos:

- Dividir os/as participantes em grupos de 6 a 8 elementos.
- Pedir a cada grupo que nomeie um porta-voz.
- Pedir a leitura e analise de estudo de caso apresentados no apêndice nas páginas [113 e 114] ou outros.
- Programar uma hora para trabalho de grupo.
- As questões a debater são as seguintes:
  -Quais os princípios e dilemas éticos abordados nos estudos de caso?
  -Que atitudes teríamos tomado e porquê?

Sessão de fórum:

- Apresentação do trabalho de cada grupo, pelo seu porta-voz.
- Debate dos temas pelo grupo alargado.
- Sintetizar a matéria assinalando os pontos mais importantes, tal como enunciados nas notas que a seguir se apresentam.

Notas:

- Implicações éticas da MGF: algumas enfermeiras/os, parteiras/os e outro pessoal de saúde foram referenciados como praticantes da MGF, tanto em instituições de saúde públicas e privadas. Aparte do aspecto económico, a justificação apresentada para a "medicalização" da prática é a de que o risco para a saúde é menor quando a operação é conduzida num ambiente hospitalar, com o uso de anestesia e onde a dor e as infecções são controladas. A "medicalização" da MGF permite encorajar as formas de mutilação menos drásticas, como um primeiro passo rumo à eliminação da prática. No entanto, quer o procedimento seja conduzido num hospital ou no mato, a realidade é que a MGF consiste num acto deliberado de lesão de órgãos saudáveis com propósitos não médicos ou científicos.
- A realização de MGF viola os princípios éticos de "não prejudicar" e "não matar".[3]

A OMS expressa a sua oposição inequívoca à medicalização da mutilação genital feminina, alertando para que em nenhuma circunstância seja praticada por profissionais ou instituições de saúde.

- Algumas organizações internacionais de saúde, tais como a Confederação Internacional de Parteiras (International Confederation of Midwives – ICM), o Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses – ICN) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), declararam já a sua oposição à medicalização da MGF e alertaram para que não deverá, nunca, sob quaisquer circunstâncias, ser conduzida em

3 Nota de tradutor: Princípio fundamental da ética médica, "primeiro, não prejudicar" (do aforisma hipocrático, do latim, "primum non nocere"

estabelecimentos de saúde ou por profissionais de saúde.

Princípios éticos:

- Respeito, autonomia, beneficência, protecção, justiça benigna, verdade e fidelidade.
- Sentido do dever e responsabilidade profissional.

Debate em pequenos grupos:

- Mantendo a constituição dos grupos pedir-lhes que debatam entre si as seguintes questões:
  -É aconselhável e fácil aprovar legislação contra a MGF?
  -Como é esse tipo de legislação concebida?
  -Que questões deveria esta legislação abordar?
- Garantir cerca de 30 minutos para discussão dos temas.

Sessão de fórum (30 minutos):

- Apresentação das ideias de cada grupo, pelo seu porta voz.
- Alargar o debate e garantir que produzam um consenso sobre os assuntos abordados.
- Sintetizar a matéria assinalando os pontos mais importantes, tal como enunciados nas notas que a seguir se apresentam.

Notas:

Implicações legais da MGF:

- A aprovação de legislação que proteja da MGF meninas, raparigas e mulheres, distingue com clareza as acções correctas das erradas.
- A existência de legislação sobre o assunto confere às forças policiais, comités comunitários e profissionais de saúde, educação e outros a legitimidade para intervir em caso de MGF.
- Há países onde são possíveis denúncias/sinalização por pessoas individuais, quer para protecção própria, quer das suas filhas e familiares, ou outras.
- A aprovação de leis não é, por si só, suficiente para proteger da MGF. Existe o perigo de que o medo de ser alvo de acção judicial persecutória iniba as pessoas de procurar ajuda dos serviços de saúde. Assim, a legislação deve fazer-se acompanhar da educação da comunidade, de forma a aumentar a consciência dos efeitos negativos da MGF, as suas implicações relacionadas com os direitos humanos, incluindo o direito à saúde e a mudança de atitudes.
- Uma eventual legislação de oposição à MGF apenas será significativa se colocada em prática. Numerosos países possuem legislação contra a MGF; alguns implementam-na, enquanto muitos outros não chegam sequer a fazê-lo.
- Mesmo quando não especificamente referido, as leis de cada país oferecem protecção contra a agressão.
- As leis e decretos incluem diversas medidas que podem ser usadas para regulamentar, banir, desencorajar a prática da MGF.

Podem, por exemplo:

-Proibir todas as formas de MGF (Burquina Faso, Guiné Conacri e Costa do Marfim), ou apenas os tipos mais graves (Sudão).
-Estabelecer penas de prisão e/ou multa tanto para quem realiza a prática, como quem solicite, incite ou promova a excisão através da oferta de dinheiro, bens ou apoio moral (Burquina Faso, Costa do Marfim, Gana, Djibouti).
-Proibir a prática de excisão quer em hospitais, quer em clínicas públicas ou privadas, excepto por indicação médica e com a aprovação de um obstetra sénior (como acontece no Egipto através de um decreto ministerial que proíbe excisão quando efectuada por pessoal não médico).
-Proibir qualquer lesão que incapacite uma função do corpo humano (Código Penal, Egipto), tratamento desumano ou degradante (Código Penal, Guiné Conacri) e ofensas à integridade física graves (Código Penal, Mali).
-Ser incorporadas na legislação de protecção de menores. Em diversos países é disponibilizada protecção para as meninas, no âmbito da legislação da protecção de crianças e jovens em risco.

Encerramento da sessão:

- Fazer perguntas ao grupo para averiguar a compreensão da matéria.
- Permitir o esclarecimento de dúvidas.
- Promover o debate no grupo e proceder ao registo dos principais tópicos e conclusões.
- Encerrar a sessão.

Sessão 5: Direitos Humanos e a MGF

Objectivos da sessão
No final da sessão o grupo deverá ser capaz de:

1. Descrever de que forma a MGF viola e atenta contra os Direitos Humanos.
2. Identificar convenções e declarações nacionais e internacionais que no contexto da promoção e protecção da saúde e direitos incluam implícita ou explicita a MGF no contexto das prática tradicionais nefastas.

Preparação do tema

- Questionar o grupo relativamente aos seus direitos humanos.
- Proceder ao registo das respostas.
- Apresentar em seguida a Carta dos Direitos Humanos.

A sessão

- Apresentar a sessão e os seus objectivos.
- Rever com o grupo os Direitos Humanos e debater quais os violados pela MGF, nomeadamente direito à vida, a viver em segurança, direito à saúde, liberdade de religião, protecção, abrigo e educação.
- Apresentar argumentos e factos de como a MGF é uma questão de direitos humanos nomeadamente de raparigas, meninas e mulheres

Debate em pequenos grupos:

- Formar grupos de 4 a 6 elementos.
- Solicitar a leitura e análise de casos apresentados e/ou recolhidos previamente.
- No debate em subgrupos (com a duração de 45 minutos a uma hora) devem abordar as seguintes questões :
  -Que direitos foram violados?
  -Que recomendações deixariam para prevenir a prática de MGF?

Sessão de fórum:

- Apresentação dos trabalhos de grupo.
- Debate com tempo médio de uma hora.

Sintetizar:

- Explicar de que formas a MGF viola os Direitos Humanos, assinalando os pontos mais importantes.
- Fazer referência aos instrumentos de Direitos Humanos nacionais, regionais e internacionais.

Notas:

- Como a MGF viola os Direitos Humanos: Está comprovado e documentado que a MGF prejudica a saúde de meninas e mulheres.
- Assim, a prática infringe o seu direito ao padrão máximo de saúde ao nível física e mental. A MGF também:
  -Está associada à desigualdade e discriminação com base no género.
  -É uma forma de tortura, tratamento desumano ou degradante.
  -Constitui um grave atentado à saúde física, mental incluindo a sua vertente sexual e reprodutiva.
- Convenções e declarações internacionais relevantes para a eliminação da MGF: diversos instrumentos internacionais e regionais protegem os direitos das crianças e mulheres. Os acordos internacionais de Direitos Humanos obrigam os Estados-Membros das Nações Unidas a respeitar e garantir a aplicação e protecção dos Direitos Humanos, incluindo os direitos à não discriminação, à integridade física e moral e aos melhores níveis de saúde física e mental.

Um número considerável de convenções e declarações apoiam a promoção e a protecção da saúde das crianças e mulheres e algumas promovem a eliminação da MGF. Entre estas encontram-se :

- A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) proclama o direito de todos os seres humanos a viver em condições que lhes permitam gozar de boa saúde e de cuidados de saúde de qualidade. O artigo 3 da Declaração estipula que todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal. A MGF é responsável por complicações (físicas psicológicas e sociais) que podem resultar na morte.
- O Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (1966) condena a discriminação de género, reconhecendo o direito universal de todas as pessoas aos melhores níveis possíveis de saúde física e mental.
- A Convenção sobre a Eliminação de Todas as

Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979) pode entender-se como obrigação dos Estados para acção contra a mutilação genital feminina, incluindo as seguintes disposições:
-Tomar todas as medidas apropriadas, incluindo disposições legislativas, para modificar ou revogar qualquer lei, disposição regulamentar, costume ou prática que constitua discriminação contra as mulheres (Art. 2.f).
-Modificar os esquemas e modelos de comportamento sociocultural de homens e mulheres com vista a alcançar a eliminação dos preconceitos e das práticas correntes, ou de qualquer outro tipo, que se baseiem na ideia de inferioridade ou de superioridade de um ou de outro sexo ou de um papel estereotipado para homens e mulheres (Art. 5.a).

- A Convenção sobre os Direitos da Criança (1990) protege o direito à igualdade independentemente do género (Art. 2), à vida livre de qualquer forma de violência física ou mental e de maus tratos (Art. 19.1), e obriga os estados a abolir as práticas tradicionais prejudiciais à saúde das crianças (Art. 24.3).
- A Declaração e o Plano de Acção de Viena, da Conferência Mundial Sobre os Direitos Humanos (1993), alarga o âmbito dos Direitos Humanos de forma a abranger as transgressões baseadas no género, incluindo a mutilação genital feminina.
- A Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher (1993) estipula que a violência contra a mulher tem de ser entendida como abrangendo a violência física e psicológica que ocorra dentro da família, incluindo a MGF e outras práticas nocivas para a mulher.
- O Plano de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994) inclui recomendações sobre a MGF que comprometem governos e comunidades na acção para a eliminação da prática e para a protecção de mulheres e meninas de práticas desnecessárias e perigosas.
- A Plataforma de Acção da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim (1995), incita os governos, organizações internacionais e organizações não governamentais a desenvolver políticas e programas com vista à eliminação de todas as formas de descriminação das mulheres e meninas, incluindo a MGF.
- Carta Africana sobre os Direitos e Bem-estar da Criança, adoptada a 11 de Julho de 1990. Organização da Unidade Africana. Doc. CAB/LEG/24.9/49 (entrada em vigor a 29 de Novembro de 1999).
- Comité dos Direitos Humanos. Comentário Geral No. 28, 2000. Igualdade de Direitos entre Homens e Mulheres. CCPR/C/21/rev.1/Add.10.
- Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral No. 14, 2000. O Direito aos Melhores Padrões de Cuidados de Saúde UN Doc. E/C.12/2000/4.
- Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural da UNESCO, adoptada a 2 de Novembro de 2001.
- Comité dos Direitos da Criança. Comentário Geral No. 4, 2003. Saúde de adolescentes e desenvolvimento no contexto da Convenção sobre os Direitos da Criança. CRC/GC/2003/4.
- Protocolo à Carta Africana para os Direitos Humanos e dos Povos Sobre os Direitos das Mulheres em África, adoptado a 11 de Julho de 2003, Assembleia da União Africana (entrada em vigor a 25 de Novembro de 2005).
- Convenção sobre a Protecção e a Promoção da Diversidade das Expressões Culturais, adoptada em Outubro de 2005 (entrada em vigor em Março de 2007).
- Conselho Económico e Social das Nações Unidas (ECOSOC), Comissão do Estatuto da Mulher. Resolução sobre o Fim da Mutilação Genital Feminina. Março 2007. E/ CN.6/2007/L.3/Rev.1.

Conversa breve:

- Questionar e debater em grupos de 2 a 3 elementos o que são e quais são os direitos das crianças.
- Conversa breve sobre o tema em grupos de dois ou três elementos.
- Ouvir as suas respostas.
- Relembrar a existência da carta dos direitos da criança.

Debate em pequenos grupos:

- Formar grupos de 4 a 6 elementos.
- Solicitar a leitura e análise de casos apresentados e/ou recolhidos previamente.
- No debate em subgrupos (com a duração de 45 minutos a uma hora) devem abordar as seguintes questões :
  -De que formas foram os direitos das crianças violados nos casos de estudo apresentados?
  -Que medidas propomos para prevenir situações como estas?

Sessão de fórum:

- Apresentação dos trabalhos de grupo.
- Debate com tempo médio de uma hora.

Sintetizar:

- Sintetizar a matéria assinalando os pontos mais importantes, tal como enunciados.

Notas:

- A Convenção sobre os Direitos da Criança protege o direito à igualdade independentemente do género (Art. 2), à vida livre de qualquer forma de violência física ou mental e de maus tratos (Art. 19.1), aos melhores níveis possíveis de saúde física e mental (Art. 24.1) e à vida livre de tortura ou tratamento desumano ou degradante (Art. 37.a).
- A MGF viola todos os direitos acima referidos. Constitui uma forma de tortura ou tratamento desumano e incapacita a saúde da criança tanto a curto prazo como para o resto da sua vida. O Princípio II da Declaração Universal dos Direitos da Criança estipula que "a criança tem o direito a gozar de protecção especial que lhe permita desenvolver-se física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e adequada e em condições de liberdade e integridade."
- Os direitos da criança são cruciais e têm de ser protegidos. Legislações a nível nacional e internacional protegem-nos; porém, apenas serão eficazes se implementadas e cumpridas.

Exercício:

- Pedir ao grupo que se organize para elaborar e apresentar as suas próprias declarações de direitos humanos.
- Afixar as declarações resultantes e promover a leitura e assinatura individual como parte do seu compromisso para a eliminação da MGF.

A MGF e os órgãos reguladores de profissionais de saúde

- Com base nos princípios deontológicos (nomeadamente ordem dos médicos, ordem dos enfermeiros, ordem dos advogados e outras associações profissionais) analisar quais os princípios éticos violados em situação de MGF, bem como a legislação nacional e internacional existente.

Alguns tópicos importantes:

- Os órgãos genitais femininos são essenciais ao estímulo sexual da mulher, pelo que o corte ou remoção de alguns milímetros apenas produz um impacto psicológico duradouro em meninas e mulheres. A memória da dor e do trauma associados à intervenção permanece por toda a sua vida.
- Dois dos princípios éticos mais importantes para profissionais de saúde são:
  -Não provocar dano.
  -Conservar, a todo o custo, órgãos funcionais e saudáveis, salvo sejam portadores de doença fatal.
- A MGF implica a remoção e/ou a lesão de órgãos sãos e funcionais. Não existe justificação médica para a prática. As razões apresentadas para a realização de MGF remetem principalmente para a conformidade com ritos tradicionais. É, normalmente, conduzida em crianças que não têm capacidade de escolha ou poder de consentimento para a realização da prática.
- Do mesmo modo, não é eticamente válido que um profissional de saúde danifique um órgão saudável em nome de uma cultura. O argumento enunciado por profissionais de saúde, segundo o qual uma operação conduzida por um/a técnico/a treinado e em boas condições higiénicas apresenta um risco menor para a saúde, sendo por isso menos prejudicial, não é válido. Toda a pessoa que no contexto da sua actividade profissional participe ou conduza acções de MGF é considerada culpada de conduta imprópria e sujeita a acção disciplinar. As acções disciplinares podem ir da advertência à expulsão da organização profissional e a negação de carteira profissional que permita o exercício da actividade. Adicionalmente, todos os profissionais podem ser processados judicialmente, à luz da legislação nacional contra a MGF.

Encerramento da sessão:

- Fazer perguntas ao grupo para averiguar a compreensão da matéria.
- Permitir o esclarecimento de dúvidas.
- Promover o debate no grupo e proceder ao registo dos principais tópicos e conclusões.
- Encerrar a sessão.

MÓDULO 2: ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE NA PREVENÇÃO DA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

O presente módulo destina-se a preparar profissionais para trabalhar a prevenção da MGF ao nível comunitário ou em grupos específicos. O módulo visa a aquisição de conhecimentos e competências relevantes para essa tarefa, bem como de estratégias para o envolvimento de diferentes grupos comunitários, de mulheres, homens, jovens e crianças e lideranças comunitárias.

Âmbito do módulo

O módulo pode ser acrescentado a cursos pré-existentes. Pode igualmente ser, por si só, utilizado como um curso complementar durante a formação prática de profissionais de saúde, educação e intervenção comunitária.

Objectivos

No final do módulo,formandos e formandas deverão ser capazes de:

- Descrever a relação entre crenças, valores e atitudes e a prática de MGF dentro de grupos específicos.
- Reconhecer os pressupostos ético-legais do aconselhamento e encaminhamento de meninas e mulheres com complicações associadas à de MGF.
- Identificar as organizações locais, nacionais e internacionais envolvidas no trabalho de eliminação da prática de MGF.
- Planear acções/sessões de prevenção da MGF, com pessoas individuais, famílias e comunidades.

Pré-requesitos

O trabalho deste módulo pressupõe a pré-aquisição os seguintes conhecimentos:

- Conhecimento sobre a MGF (Módulo 1).
- Conhecimentos de conduta ética, legal, política e profissional, no que concerne a MGF.

Competências

No final deste módulo as seguintes competências estarão adquiridas:

- Entendimento dos valores, crenças e atitudes que fundamentam a prática da MGF e de como se constituem.
- Capacidade de aplicação dos conhecimentos no trabalho junto das comunidades.
- Entendimento das regras e procedimentos que regulam a prática e actuação profissional no atendimento e tratamento de crianças e mulheres com MGF.
- Entendimento e capacidade para aplicar os princípios de Direitos Humanos, éticos e legais aplicáveis à prevenção e actuação em situações de MGF.
- Conhecimento das instituições locais, nacionais e internacionais que trabalham com o tema da MGF.
- Capacidade para identificar pessoas chave, que na comunidade, possam influenciar o processo de mudança na prevenção da MGF.
- Capacidade de desenvolvimento de estratégias eficientes e adequadas para o trabalho com pessoas e grupos envolvidos no processo de mudança.
- Capacidade de aplicação dos conhecimentos de informação, educação e comunicação (IEC) e advocacy no trabalho de prevenção da MGF junto das comunidades.

Material auxiliar de ensino

O material pode incluir:

- Filmes e apresentações audiovisuais, cartazes, folhetos,modelos anatómicos.

É aconselhada a leitura adicional de material sobre os seguintes temas:

- Estratégia da OMS para a saúde reprodutiva.
- Programas de acção regionais para a aceleração do processo de eliminação da MGF.
- Planos de acção e iniciativas nacionais para a eliminação da MGF.
- Eficácia na comunicação e relações interpessoais
- Eficiência no processo de ensino e aprendizagem.
- Eficácia na advocacy - meios de comunicação, processos de decisão, campanhas e lobby.

Nota: Na análise de estudos de caso pode utilizar bibliografia ou histórias locais.

Tempo em horas

Sessões

Sessão 1: Crenças, valores e atitudes..... 2

Sessão 2: Crenças tradicionais, valores e atitudes face à MGF..... 2

Sessão 3: Estratégias para o envolvimento de pessoas individuais, famílias e comunidades na prevenção da MGF..... 4

Sessão 4: Estratégias para o envolvimento de agentes de decisão política e técnica incluindo governamentais na prevenção da MGF..... 4

Visita de estudo..... 8

Sessão 1: Crenças, valores e atitudes

Objectivos da sessão
No final da sessão o grupo deverá ser capaz de:

1 Definir o que se entende por crenças, valores e atitudes.
2 Descrever as origens de crenças, valores e atitudes.
3 Reflectir as suas próprias crenças, valores e atitudes.

Preparação do tema

- Em brainstorming enumerar algumas crenças e valores associados. Utilizar como exemplo diferentes práticas e crenças dos quotidianos do grupo.

A sessão

Iniciar a sessão com uma definição de "tradição", com recurso a um dicionário ou enciclopédia. As tradições são orientadas por crenças e a sua prática é baseada em valores e atitudes colectivas, que não têm em conta as características únicas e identidade de cada pessoa.

Debate em pequenos grupos:

- Formar grupos de 4 a 6 elementos.
- Propor para debate as seguintes questões:
  O que entendem por crenças, valores e atitudes?
  -Quais são as origens das crenças?
  -Como desenvolvem as pessoas os seus próprios sistemas de crenças?
- Reservar 30 minutos para o debate.

Sessão de fórum:

- Reservar 30 minutos para comentário e discussão do tema.
- Registar as conclusões do debate.
- Fornecer informação adicional.

Notas:

- Significado de "crenças": segundo os dicionários, uma crença é uma convicção, princípio ou ideia aceite como verdadeira ou real, ainda que sem prova factual. Existem numerosas crenças e sistemas de crenças – inclusive religiosos, culturais, de grupo e individuais. As crenças orientam acções e comportamentos individuais.
- Significado de valores: os dicionários definem "valores" como os princípios morais, crenças ou convenções aceites por um indivíduo ou grupo social. Os nossos valores constituem os critérios segundo os quais tomamos decisões. Herdamos muitos deles das nossas famílias, embora também sejam influenciados pela religião, cultura, por amizades, educação e experiências pessoais, ao longo do nosso percurso de vida.
- Significado de atitudes: a definição de "atitude" pelo dicionário é de abordagem mental ou disposição para algo. As atitudes baseiam-se fundamentalmente em valores e percepções pessoais.

Origem dos valores, crenças e atitudes

Os valores, crenças e atitudes são construídos e desenvolvidos sob uma grande variedade de influências – pai, mãe, famílias, sociedade, cultura, tradições, religião, grupos de pertença, meios de comunicação social (TV, música, vídeos, revistas, publicidade), escola, clima, tecnologia, política, economia, experiências, amizades e necessidades pessoais. Os valores as crenças e atitudes são igualmente influenciados pela idade e género.

Desenvolvimento de um sistema de valores

Um sistema de valores consiste num conjunto hierarquizado de princípios que influenciam a abordagem (atitude) face à vida, de uma determinada pessoa ou grupo, orientando o seu comportamento. Como tal, não é rígido, mas está sujeito a mudanças ao longo do tempo e consoante a exposição a novos entendimentos, informação e experiências.

Etapas no desenvolvimento de um sistema de valores:

Etapa 1: Conhecimento de como o indivíduo se deve comportar, ou do que de si é esperado. Componente cognitivo.
Etapa 2: Reacção emocional relativa a esse conhecimento. Componente afectiva.
Etapa 3: Ter a acção apropriada. Componente comportamental.

Explorar crenças, valores e atitudes pessoais

Exercícios:

O objectivo destes exercícios é de permitir que formando e formandas "explorem" os seus próprios valores e os compararem com valores diferentes. Sugere-se a escolha de um ou mais dos seguintes exercícios:

Exercício	Objectivo
"Questionário-caminhada"	Consciencializar, que é frequente, que pessoas diferentes olhem de forma diferente para as mesmas coisas.
"Clarificação dos valores pessoais"	Consciencializar e experienciar a frequência com que fazemos "juízos" acerca das crenças, valores e atitudes dos outros; e que nem sempre são correctas as conclusões e percepções que temos ou fazemos.
"Identidade" e "padrões"	Auxiliar a que identifiquem os seus próprios valores e reconhecerem de que modo estes influenciam a forma como lidamos com os/as utentes dos serviços e comunidades.
Escala de valores	Reconhecer a influência dos nossos valores na nossa prática profissional com base em exemplos relacionados com a MGF. Analisar valores presentes na defesa e manutenção da MGF.

Exercício "questionário-caminhada":

Exercício de grupo.

- Afixar em locais opostos da sala as palavras:
  -Concordo.
  -Discordo.
- Ler as afirmações da lista abaixo apresentada, concebidas para explorar valores. Ler em voz alta cada uma das frases e ao grupo de formação que, de acordo com a sua opinião individual, se dirijam para junto da palavra "concordo" ou "discordo".
- No final solicitar a várias pessoas que expliquem a opção ou escolha.
- Repetir o processo para cada uma das frases seleccionadas .

Exercício:

LISTA DE AFIRMAÇÕES SOBRE VALORES RELACIONADOS COM A MGF

1. A MGF aumenta a fertilidade.
2. A MGF previne a mortalidade materna e infantil.
3. A MGF previne a promiscuidade.
4. A MGF promove a higiene genital.
5. A MGF previne o crescimento excessivo dos genitais.
6. A MGF é parte integrante da nossa cultura.
7. A MGF é realizada para agradar aos maridos.
8. A MGF provoca problemas de saúde física, mental e sexual de meninas, raparigas e mulheres.
9. MGF de Tipo I não provoca qualquer tipo de complicações; como tal, a sua prática é aceitável.
10. Em ambiente hospitalar a MGF é realizada em condições de higiene e menos dolorosa para a mulher.
11. MGF de Tipo IV é inofensiva; a continuação da sua prática deve ser autorizada.
12. A MGF não é um problema de saúde.
13. A MGF é uma violação dos Direitos Humanos.
14. A MGF é uma obrigação religiosa.

Sintetizar:

Sintetizar o exercício, com base nas seguintes perguntas:

- Como experienciou a realização deste exercício (reacção individual e reacção dos colegas)?
- Sentiu surpresa face às respostas de outras pessoa do grupo?
- Como se sentiu quando discordaram de si?

Clarificação de valores

- Questionar o grupo sobre o que entende por "clarificação de valores".
- Dar tempo para algumas respostas.
- Apresentar alguma informação a seguir enunciada.

Notas:

A clarificação de valores é um processo que permite a cada pessoa identificar os valores que influenciam as suas condutas e comportamentos, através da análise da sua reacção relativamente a um leque diverso de comportamentos, pensamentos e objectos.

É um exercício importante, porque permite às pessoas tomar consciência das bases dos seus comportamentos e escolhas.

Cada pessoa ao longo da sua vida

desenvolve um conjunto de valores e atitudes que dão sentido à sua identidade cultural. Através da compreensão dos seus valores e de como se formaram, profissionais das diferentes áreas, aprendem a analisar, perceber e respeitar as experiências que moldam os valores e crenças das comunidades com quem e onde trabalham.

O processo de valoração

Antes de ser capaz de clarificar valores, há que entender como se processa individualmente, o processo de valoração.

Cientistas comportamentais sugerem as seguintes etapas:

1- Cada pessoa escolhe em liberdade os seus valores individuais.
2- Escolhe o valor de entre um leque de alternativas.
3- Pondera cuidadosamente as consequências da sua escolha.
4- Acarinha e preza o valor escolhido.
5- Incorpora o valor no seu comportamento, transformando-o num padrão.

Exercício para a clarificação dos valores pessoais:

- Pedir ao grupo em formação que se agrupe em pares, e que se sentem frente-a-frente em silêncio.
- Dar as seguintes instruções:
  -Cada pessoa deve registar numa folha de papel três actividades que pense que o/a colega estará interessado/a em realizar depois da sessão.
  -Classificar essas actividades por ordem de importância para o/a colega.
  -Listar três actividades que individualmente gostaria de realizar depois da aula.
  -Pedir a cada formando/a que leia em separado a lista que preparou sobre o/a colega e sobre ele/a próprio. Então, pedir-lhe que leia a lista que preparou sobre si próprio/a. Terminar o exercício quando todas as pessoas tiverem partilhado as suas listas.
  -Colocar as seguintes perguntas:
  A: Porque pensa que foi capaz de identificar correctamente os temas de interesse do seu par ?
  B: Porque pensa que não foi capaz de identificar os temas de interesse do seu par?
  C: Como se sentiu enquanto ouvia o seu par enumerar os seus “supostos” interesses?
  D: Como se sentiu quando o/a julgaram erradamente ou antes de o/a conhecer verdadeiramente?

Explicações possíveis para as diferentes respostas:

A: A pessoa foi capaz de identificar os interesses do/da colega porque tem bastantes afinidades com ele/ela, tais como:
-Contexto educacional semelhante.
-Mesmo sexo.
-Mesmo contexto cultural.
-Mesma religião.
-Já se conheciam.
-Já tinham discutido os seus interesses.
-Já se tinham observado atentamente.

B: O/a formado/a foi incapaz de identificar correctamente os interesses do/a colega porque não foi autorizado/a a conversar durante o exercício .

C: O/a formando/a pode ter sentido algum constrangimento porque, mesmo quando duas pessoas se conhecem, pode ser difícil identificar os interesses reais de cada uma, salvo quando tenham feito especial esforço para saber mais acerca da outra.

D: O/a formando/a pode sentir-se surpreendido/a ou ofendido/a ao ser “julgado/a” erradamente. Pode ter-se sentido subestimado/a enquanto pessoa e sentido necessidade de se defender. Pode ter concluído que perdeu o respeito pela pessoa que a percepcionou daquela forma.

Sintetizar:

Sintetizar o exercício expondo por exemplo os seguintes tópicos:

- Se tiveram dificuldade na identificação dos verdadeiros interesses do/a colega, pensem quão mais provável será enganarem-se ao identificar os problemas das pessoas com e para quem trabalham, acerca das quais podem ter pouco informação; ou ainda ao identificar as necessidades de uma comunidade a que não pertençam.
- Esta actividade demonstrou como pode ser difícil fazer juízos de valor acerca dos interesses de outra pessoa. Enfatiza o facto de o diálogo, uma mentalidade aberta e capacidade empática serem indispensáveis para entender as crenças e valores das outras pessoas.

Exercício “identidade”:

- Informar o grupo que a actividade é um exercício de clarificação de valores.
- Distribuir uma folha com o exercício que a seguir se apresenta.
- Pedir que leiam atentamente o enunciado.
- Dar tempo para completar o exercício.
- Pedir que partilhem o que escreveram e assegurar que têm tempo suficiente para o fazer.

Enunciado:

1- No centro de um pedaço de papel, escreva o seu nome; em cada um dos quatro cantos da página, escreva as respostas às quatro perguntas seguintes:
   -Que duas coisas gostaria de ouvir dizer sobre si?
   -A coisa mais importante que faz (ou gostaria de fazer) para tornar positiva a sua relação com os/as utentes ?
   -O que faz diariamente que demonstre que valoriza a sua saúde?
   -Quais são os três valores em que mais fortemente acredita?
2- No espaço em redor do seu nome, escreva pelo menos seis adjectivos que pensa que o descrevem bem.
3- Reveja atentamente as suas respostas às perguntas e ao modo como se descreveu. Que valores pensa que estão presentes nas suas respostas?

Exercício "padrão":

- Distribuir uma folha com o exercício que a seguir se apresenta.
- Pedir que leiam atentamente o enunciado.
- Garantir tempo para completar o exercício.
- Pedir que partilhem as respostas e assegurar que têm tempo suficiente para o fazer.

Enunciado:

1- Ler a lista de palavras que a seguir se apresenta e marcar com um círculo as sete palavras que melhor o/a descrevem enquanto pessoa.
2- Sublinhar as sete palavras que melhor o/a descrevem como profissional. (Podem repetir-se palavras).

Ambicioso/a
Decidido/a
Preocupado/a
Opinativo/a
Reservado/a
Sociável
Generoso/a
Independente
Sensível
Competente
Digno/a de confiança
Indiferente
Auto-controlado/a
Divertido/a
Desconfiado/a
Intelectual
Aprazível
Dependente
Imprevisível
Solitário/a
Conflituoso/a
Dinâmico/a
Atencioso/a
Afectuoso/a
Diplomático/a
Obediente
Imaginativo/a
Disciplinado/a
Lógico/a
Difícil de socializar
Altruísta
Fácil de convencer
Temperamental

Reflectir acerca das seguintes questões:

- Que valores estão presentes nos padrões que escolheu?
- Qual é a relação entre esses padrões e os seus valores pessoais?
- Que padrões demonstram incoerências nas suas atitudes ou comportamentos?
- Que padrões considera serem os mais apropriados à sua profissão e que portanto deveria cultivar?

Exercício "escala de valores":

- Distribuir a lista de afirmações sobre MGF que a seguir se apresenta.
- Explicar o exercício.
- Dar tempo para completar o exercício.
- Pedir que partilhem as respostas.

Enunciado:

1- Classifique por ordem de importância as acções que podem ser usadas na prevenção da MGF
(1 -mais importante e 12 - menos importante).

___Trabalhar com a comunidade para prevenir a MGF.

___Ouvir empaticamente as meninas, rapariga e mulheres submetidas a MGF.

___Criar boas relações interpessoais com as meninas, rapariga e mulheres submetidas a MGF.

___Desenvolver uma relação empática com as meninas, rapariga e mulheres com complicações resultantes da MGF.

___Desenvolver actividades de IEC (Informação, Educação e Comunicação) com a comunidade sobre a necessidade de eliminação da MGF.

___Responder honestamente às perguntas colocadas pelas meninas, rapariga e mulheres.

___Garantir que a comunidade actua segundo recomendações profissionais.

___Ajudar a reduzir a ansiedade associadas às complicações derivadas de MGF.

___Garantir o envolvimento da comunidade no processo de tomada de decisão para a eliminação da MGF.

___Respeitar todos os procedimentos legais, de algum modo associado à prática da MGF.

___Respeitar todos os requisitos do quadro ético-deontológico ao lidar com meninas, rapariga e mulheres que tenham sido submetidas a MGF.

___Estar na vanguarda dos esforços para a eliminação da MGF.

2- Analisar o modo como classificou estas opções e responder às seguintes perguntas:

- Que valores consegue identificar nas suas respostas a este exercício?
- De que forma estes valores estão presentes no seu comportamento?

Sintetizar:

Sintetizar o exercício usando os tópicos apresentados nas notas.

Notas:

- As nossas atitudes, valores e crenças influenciam, fortemente, a nossa actuação profissional no contexto da MGF.
- Se tentarmos impor os nossos valores e atitudes, dificilmente seremos bem sucedidos nos esforços para a eliminação da MGF.
- As nossas atitudes, crenças e valores são influenciados por crenças culturais e contextos sócio-culturais, idade, sexo, educação entre outros. Como tal, não podemos nem devemos impô-los a outras pessoas e comunidades.
- Dentro do mesmo grupo, com profissões e níveis sócio-culturais semelhantes, é provável que se encontre um leque variado de atitudes e valores.
- Se profissionais de saúde, educação e outros, forem capazes de reconhecer, aceitar e compreender as raízes dos seus preconceitos e crenças conseguirão mais facilmente ser bem sucedidos no seu trabalho com a comunidade.
- Ouvir a comunidade e as pessoas permite aos profissionais ter uma ideia mais próxima de como comunicar acerca dos perigos da MGF.
- A melhor maneira de descobrir os interesses reais de uma pessoa é através do diálogo directo com essa mesma pessoa.

Podemos pensar que “decifr amos” claramente a outra pessoa, mas nem sempre isso acontece. Inevitavelmente, duas pessoas percepcionam a realidade de forma diferente.

- Os valores e atitudes estão profundamente enraizados nas nossas experiências de vida e não é fácil alterá-los. Porém, é importante ter esta consciência para que na tomada de decisão técnica sejamos capazes de manter os essenciais ao assegurar dos direitos humanos fundamentais.
- As pessoas só concordarão em questionar as suas crenças e serão capazes de as alterar e aos seus valores, caso haja diálogo e abertura.

Encerramento da sessão:

- Sintetizar as principais aprendizagens.
- Permitir a partilha da aprendizagem.
- Registar comentários.
- Terminar a sessão.

Sessão 2:
Crenças tradicionais, valores e atitudes face à MGF

Objectivos da sessão
No final da sessão o grupo deverá ser capaz de:

1. Descrever de que forma as crenças, valores e atitudes influenciam a prática da MGF.
2. Descrever o processo de assistência às pessoas, famílias e comunidades no processo de clarificação das suas crenças, valores e atitudes face à MGF.
3. Descrever o processo de mudança de comportamentos.

Preparação do tema

- Pedir ao grupo que reflicta sobre a história de "Tradição! Tradição!". Questionar o papel da tradição na perpetuação da MGF.
- Registar as respostas e debater o tema.

A sessão

- Apresentar a sessão e os seus objectivos.
- Sublinhar o facto de que não se conhece ao certo onde ou quando teve início a prática da mutilação genital feminina e que existem razões/justificações diversas para a continuação e manutenção da tradição, justificações de ordem social, cultural, económica, psicológica, higiénica, estética e religiosa.
- Enfatizar que as crenças, valores e atitudes tradicionais exercem uma forte influência na prática da MGF.

A MGF e as crenças, valores e atitudes

A prática da MGF é fundamentada por crenças, valores e atitudes tradicionais. Em algumas comunidades é valorizada como rito feminino de passagem à idade adulta (por exemplo, no Quénia, e na Serra Leoa). Outras valorizam-na como forma de preservar a virgindade de uma menina até ao casamento (por exemplo, no Sudão, no Egipto, na Etiópia e Somália). Em cada comunidade onde a MGF é praticada, esta é parte importante da identidade de género definida culturalmente, o que explica porque tantas mães e avós apoiam a prática: consideram que é parte fundamental da sua feminilidade e acreditam ser essencial para a integração das suas filhas na sociedade. Na maioria destas comunidades, a MGF é um pré-requisito para o casamento e este é vital para a sobrevivência social e económica da mulher.

Debate em pequenos grupos:

- Debater a questão: como podemos capacitar as comunidades para que alterem as suas crenças, valores e atitudes face à MGF?
- Permitir a apresentação dos trabalhos em plenário e debate durante uma hora ou mais.
- Fornecer a informação complementar necessária.

Notas:

- As pessoas, famílias e comunidades têm razões próprias para a valorização da MGF. Ao debater o tema da prevenção da MGF, é necessário potenciar a análise dos sentimentos próprios e a clarificação dos valores relacionados com a MGF, antes da apresentação das consequências da sua manutenção.
- Todos/as os/as profissionais devem compreender que os valores e atitudes se desenvolvem ao longo da vida, pelo que mudá-los nunca é um processo fácil ou rápido. Contudo, ajudar uma comunidade na análise dos seus sentimentos sobre a MGF permite à própria comunidade tomar decisões conscientes acerca dos valores e atitudes que desejam preservar e que em seu entender fundamentam a prática; e ao mesmo tempo identificar os que já não se adequam, logo que podem ser abandonados.
- Só através da completa compreensão dos valores e da sua importância relativa é possível a cada pessoa reconhecer quais dos seus comportamentos resultam de escolhas racionais e quais os que resultam de outras influências.
- É essencial que as pessoas mudem ao seu ritmo e à sua maneira. Para tal é necessário que estejam envolvidas em todas as etapas do processo de mudança.

Apoio às pessoas, famílias e comunidades na clarificação das suas crenças, valores e atitudes face à MGF

- Os debates em pequenos grupos de trabalho

são meios eficientes neste processo.
- O primeiro passo para apoiar as pessoas na clarificação das suas atitudes face à MGF é identificar as razões porque a apoiam e o que acontece a quem escolhe não se submeter à prática. Podem ser utilizadas algumas das afirmações dos exercícios anteriores, como temas de debate, para o trabalho de grupo.
- Depois de terem partilhado os seus pontos de vista, o/a profissional de saúde pode fornecer informação e formação sobre a anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino, os efeitos da MGF na saúde física, psicológica, sexual e reprodutiva da mulher e as consequências possíveis para o parto.
- Deve ser dada oportunidade aos grupos para debater as suas experiências em lidar com problemas de saúde semelhantes. Deverá, então, relacionar esses problemas com a prática de MGF (frequentemente, as mulheres que sofrem de complicações de saúde, não as associaram ao seu historial de mutilação genital, atribuindo-as à vontade de deus ou a práticas mágicas).
- A/o profissional de saúde deverá auxiliar cada pessoa, a sua família e sua comunidade na identificação de práticas (boas e nocivas) e a compreender as implicações da MGF na saúde e desenvolvimento de meninas, raparigas e mulheres.

Auxílio no processo de mudança

- O papel do/a profissional no processo de mudança tem que ter em conta a evolução individual e/ou do grupo quer no questionar das tradições e no processo de mudança; é fundamental que com base no princípio do empoderamento, as pessoas e os grupos tenham instrumentos e informação que lhes permitam decidir qual a melhor forma de abandonar a MGF, de acordo com princípios que considerem culturalmente adequados. Por exemplo, entre as comunidades que valorizam a MGF como rito de passagem à idade adulta, é possível identificar/escolher/decidir outros rituais ou celebrações que marquem a transição das meninas e raparigas para a idade adulta.
- De modo a ajudar neste processo, a/o profissional (incluindo os/as profissionais de saúde com intervenção comunitária) deverá:
- Identificar pessoas influentes, dentro da comunidade, que possam actuar como agentes de mudança.
- Apoiar os membros da comunidade no processo de criação das suas próprias estratégias de mudança, culturalmente adequadas, de implementação das mesmas e respectiva monitorização de resultados.
- Identificar na comunitária, organizações que possam acompanhar e trabalhar o processo de mudança.
- Apoiar, todas as etapas do processo com especial reforço para as acções positivas.

Cientistas da área comportamental identificam as várias etapas que uma pessoa percorre para a modificação de qualquer comportamento: (ver Figura 3, na página 64).

1-Consciencialização.
2-Procura de informação.
3-Assimilação e integração da informação (integrando os valores da informação como seus).
4-Análise das opções.
5-Tomada de decisão.
6-Experimentar/testar o novo comportamento.
7-Receber reacções positivas ou de encorajamento.
8-Partilhar a experiência com outros.

Segundo este modelo, quem decida rejeitar/abandonar a MGF – quer essa pessoa seja mãe, pai, avô, avó, marido, mulher, professor, irmã/o mais velha/o ou menina – atravessará um processo que se inicia com a aceitação/reconhecimento de que a rejeição/abandono da MGF é uma opção. Segue-se a aceitação de tal opção; a decisão de recusar a MGF; a ponderação de como pôr em prática essa opção; a acção consequente e a reacção; receber reacções positivas ou de encorajamento ajuda a pessoa, que apoia o abandono, a manter e consolidar a sua decisão. O passo final sucede quando esta pessoa se sente suficientemente segura na sua decisão, ao ponto de a tornar pública, ou seja de partilhar o seu raciocínio, experiência e processo de mudança com os outros, encorajando-os a seguir o seu exemplo. A isto se chama o “efeito de multiplicador”. Cada etapa do processo de mudança é potenciadora de sucesso mas também, como em tudo na vida comporta o risco de insucesso, pelo que é importante que cada pessoa esteja preparada para lidar com as consequências pessoais, sociais e outras, resultantes da escolha que fez.

Sintetizar:

- Informar o grupo de que a MGF é uma prática tradicional e que tem raízes em tradições culturais e religiosas.
- Apresentar estudos de caso e histórias vida

que permitam debater as diferentes crenças que as pessoas mantêm relativamente à MGF.
- Organizar uma visita de estudo ou reuniões com a comunidade.
- Fornecer a grelha com directrizes e sugestões de análise para a visita/reunião.

Visita/reunião a uma comunidade:

- É importante que a visita ou participação numa reunião comunitária seja planeada ao detalhe incluindo a necessária autorização para assistir e/ou participar como observadores.
- Previamente o grupo deve dividir entre si, três tópicos de análise: observar a interacção entre os/as participantes; identificar crenças valores a atitudes tradicionais; testemunhar as tomadas de decisão.

Grelha com directrizes e sugestões de análise:

- Qual foi a estrutura da reunião? Por exemplo, quem esteve presente e quem conduziu o evento?
- Que assuntos foram discutidos?
- Quem apresentou os assuntos a debate?
- Quem participou?
- Que crenças, valores e atitudes tradicionais foram demonstrados durante a reunião?
- Que decisões foram tomadas?
- Como foram tomadas?
- Por quem?

Trabalho pós visita/reunião à comunidade:

- Dividir grupos em subgrupos para que construam o respectivo relatório.
- Apresentação e partilha do relatório em plenário.
- Sintetizar os tópicos principais relacionados com crenças, valores e atitudes, que sejam por si só potenciadores ou obstáculos ao processo de abandono da MGF.

Encerramento da sessão:

- Dar a cada aluno/a a possibilidade de partilha dos seus sentimentos e compreensão dos conteúdos.
- Esclarecer os pontos necessários.
- Terminar a sessão.

Figura 3:

ETAPAS DO PROCESSO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

Partilha de informação "efeito multiplicador"
Receber reacções positivas ou de encorajamento
Teste do novo comportamento
Tomada de decisão
Análise das opções
Assimilação e personalização da informação
Procura de informação
Consciencialização para o problema

Sessão 3: Estratégias para o envolvimento de pessoas individuais, famílias e comunidades na prevenção da MGF

Objectivos da sessão
No final da sessão o grupo deverá ser capaz de:

1. Identificar estratégias para o envolvimento de pessoas individuais, famílias e comunidades na prevenção da MGF.
2. Enunciar os pressuposto em que assenta o modelo CMC - comunicação para a mudança de comportamento.
3. Descrever a forma como poderão organizar e conduzir debates com diferentes públicos-alvo.

Preparação do tema

Apresentar o tema, partindo de uma história curta seguida de debate, por exemplo:

- "Uma epidemia alastrou-se numa comunidade. O profissional de saúde foi chamado à região e conseguiu conter a doença mas, seis meses depois, surge novo surto. Qual é o problema?"
- Ouvir a registar as respostas.
- Sintetizar reforçando que o novo surto da epidemia surgiu porque a comunidade não estava suficientemente integrada e envolvida na preparação e implementação das estratégias de prevenção. Por esta razão quando as equipas de saúde terminaram o seu trabalho, as medidas preventivas de um novo surto foram gradualmente abandonadas.

A sessão

- Pedir ao grupo que defina o conceito de "comunidade" e debater sobre o que se entende por "envolvimento comunitário".

Notas:

- Comunidade. Uma comunidade consiste num conjunto de pessoas que vive numa mesma vizinhança e que partilham características identitárias comuns - culturais, étnicas, religiosas ou outras. No contexto da MGF, podemos acrescentar que a comunidade é um grupo de pessoas (incluindo pessoas individuais e famílias) que vivem numa determinada zona rural ou urbana e que tendem a partilhar crenças, valores e atitudes comuns relativamente a essa prática.
- Envolvimento comunitário. Por envolvimento comunitário entende-se o trabalho com a população, em vez de para a população, de modo a responder às suas necessidades e a encontrar soluções para os seus problemas. Através deste processo, a comunidade é encorajada a assumir a responsabilidade pelos seus problemas e a tomar as decisões acerca de como os resolver, munindo-se dos seus próprios recursos e mecanismos. O envolvimento das comunidades na prevenção da MGF implica trabalhar directamente a modificação de crenças, valores e atitudes relativas à prática. O objectivo é, num registo de empoderamento individual e comunitário, em que as pessoas identificam a oportunidade e razão da mudança como necessária e, actuam com sentido de autonomia e apropriação sobre a decisão de abandono.

Estratégias para o envolvimento de pessoas individuais, famílias e comunidades na prevenção da MGF

Brainstorming:

- Perguntar ao grupo: quem, na família, toma a decisão de continuar ou não a MGF?
- Ouvir as respostas dos /as estudantes/as.
- Registar as suas respostas.

Debate em pequenos grupos:

- Dividir o grupo em 4 subgrupos.
- Atribuir uma secção da comunidade a cada grupo e pedir que discuta estratégias para o envolvimento dessa secção em particular na prevenção da MGF.
- Atribuir as secções da seguinte forma:
  -Grupo I: a família inteira.
  -Grupo II: homens.
  -Grupo III: mulheres.
  -Grupo IV: jovens.
- Deixar 15 minutos para o debate.

Debate em Fórum:

- Partilha dos resultados com a turma.
- Reservar 30 minutos para o debate.

Sintetizar:

O objectivo principal das estratégias para o envolvimento comunitário é o encorajamento da autoria de qualquer decisão tomada por uma pessoa, família, grupo ou pela comunidade inteira para mudar o seu comportamento face à MGF.

Profissionais de saúde são respeitados e ouvidos por pessoas, famílias e comunidades e desempenham um papel preponderante na promoção da educação para o abandono da MGF. Alguns são inclusivamente membros de organizações não governamentais que trabalham para potenciar a mudança nas comunidades a que pertencem.

Explicar ao grupo que o primeiro requisito para a mudança é o conhecimento e actuação profissional, o que implica aprendizagem e clareza ao abordar as razões apresentadas pelas pessoas, famílias e comunidades para justificar a MGF. Deve ser explicado, que a MGF, além de um problema de saúde e de discriminação com base no género e também um problema de direitos humanos e, portanto, o seu abandono reside não apenas no fornecimento de informação sobre as consequências da MGF, mas no aconselhamento acerca das várias dimensões do tema. O papel dos profissionais de saúde é o de contribuir para o processo de mudança.

O processo de mudança de comportamentos face à MGF pode ser feito através da:

- Integração da formação e aconselhamento para o abandono da MGF nos serviços de enfermagem, obstetrícia, medicina geral e familiar, pediatria, saúde sexual e reprodutiva incluindo planeamento familiar, saúde pública, entre outras.
- Identificação de líderes e dirigentes influentes e outras pessoas ou grupos-chave dentro da comunidade, com quem possam colaborar para actuar como agentes/mediadores de mudança.
- Visita/reuniões a pessoas individuais e/ou grupos da comunidade, caso necessário.
- Estabelecimento de pequenos grupos de trabalho para a organização de debates. Esses debates deverão ser interactivos e abertos à participação geral, garantindo que as pessoas da comunidade tomam a palavra e que o debate garante a informação técnica adequada sobre as consequências da MGF.
- Reflexão pela comunidade e/ou pessoas individuais, acerca da prática da MGF e os seus efeitos na saúde e nos direitos humanos.
- Identificação e levantamento dos recursos dentro da comunidade que podem ser utilizados nos programas de prevenção.
- Informação sobre estratégias para a alteração da prática; por exemplo, de cerimónias culturalmente aceites a usar como rito de passagem (Quénia) ou a capacitação das mulheres para a solução de problemas (Senegal).
- Apoio às pessoas e famílias nos problemas derivados da MGF e na adaptação à mudança.

Com base em documentação da OMS, UNFPA e outras, debater com o grupo as estratégias para o envolvimento comunitário que já tenham sido utilizadas com indicações claras das que foram bem sucedidas e quais as que falharam.

> É importante que os debates sejam cuidadosamente planeados e conduzidos de forma apropriada, tendo especial atenção às sensibilidades e realidades individuais e culturais.

Como regra geral, as discussões deverão ser orientadas individualmente, salvo quando e até que estejam reunidas as condições para o debate dos temas – por exemplo, em família, junto dos seus pares ou em contexto de casal; sugere-se que sejam realizados debates específicos com os diferentes públicos-alvo – por exemplo, jovens, homens, mulheres, líderes religiosos, entre outros.

Estratégias para o envolvimento dos homens

Para integrar os homens na prevenção da MGF sugere-se:

- Identificar todas as formas e oportunidades de reunião adequadas para se encontrar com o grupo-alvo – por exemplo, organizações masculinas, grupos de socialização e desporto –, e estabelecer contacto com os membros relevantes.
- Usar o contacto com os dirigentes da comunidade e outros pessoas influentes como ponto de entrada.
- Apresentar informação explícita sobre os efeitos da prática de MGF na saúde e nos direitos humanos de mulheres, crianças e família, identificando e debatendo eventuais falsas verdades e interditos culturais.
- Utilizar filmes ou cartazes, como adequado, e encorajar todos/as a participar nos debates.
- Auxiliar os homens no desenvolvimento das suas próprias estratégias para a prevenção da MGF.

Estratégias para o envolvimento das mulheres

Para integrar as mulheres na prevenção da MGF sugere-se:

- Identificar todas as formas de reunião adequadas para se encontrar com o grupo-alvo – por exemplo, organizações de mulheres ou grupos de socialização –, e estabelecer contacto com as mulheres com estatuto mais relevante.
- Fornecer informação explícita sobre a anatomia e fisiologia dos órgãos genitais femininos e as implicações da MGF para a saúde e para os direitos humanos, identificando e debatendo eventuais falsas verdades e interditos culturais.
- Recorrer a abordagens participativas e mobilizadoras do debate.
- Abordar questões específicas como a diferença de poder entre homens e mulheres, auto-estima e auto imagem das mulheres através da formação para o auto-conhecimento, maior determinação pessoal e da capacitação para a resolução de problemas.

Debater exemplos retirados da experiência obtida de programas bem sucedidos, por exemplo, os programas desenvolvidos no Quénia, onde foram concebidas cerimónias iniciáticas alternativas, para que as meninas marquem a sua passagem à idade adulta sem que sejam sujeitas a MGF, ou cerimónias em que os homens declaram casar com mulheres não excisadas e recusam a mutilação das suas filhas.

Estratégias para o envolvimento de jovens

Para integrar os/as jovens na prevenção da MGF sugere-se:

- Identificar todas as formas de reunião adequadas para se encontrar com os/as jovens, tais como associações juvenis, escolas, universidades, e estabelecer contacto jovens com um estatuto de maior relevo.
- Identificar as formas de reunião separadamente com as raparigas, de modo a abordar os temas sensíveis que lhes são directamente relevantes, incluindo conhecimentos básicos para a vida, orientados para a sua emancipação.
- Fornecer informação explícita sobre as complicações de saúde derivadas da MGF e as suas implicações para os direitos humanos, identificando e debatendo eventuais falsas verdades e interditos culturais.
- Na sua abordagem, promover a participação no debate.
- Promover a abordagem do tema da MGF nos programas de educação em saúde e a sua inclusão nos curricula das escolas.
- Prestar apoio especial às meninas e raparigas que tenham sido submetidas à MGF.
- Estabelecer programas de educação inter pares.

A comunicação para a mudança de comportamentos (CMC) é diferente da mera comunicação para transmissão de informação e as técnicas interpessoais são particularmente eficientes para os seus propósitos. A comunicação interpessoal é um processo segundo o qual duas ou mais pessoas debatem um tema, procurando alcançar um consenso.

Comunicação com grupos-alvo

Na comunicação com os diferentes públicos devem ser respeitadas as seguintes regras:

- Averiguar e decidir sobre as formas de comunicação mais correctas. Por exemplo:
  -Debate entre dois intervenientes.
  -Debates em grupo, por exemplo, com toda a família ou todas as pessoas pertencentes a uma associação juvenil.
  -Reuniões e encontros de campanhas.
  -Utilização e recurso aos meios de comunicação social e imprensa, incluindo a rádio, a televisão, revistas, jornais generalistas e especializados.
  -Uso de dramatizações, danças, canções e/ou narração de histórias.
- Conhecer o seu público. Significa identificar o grupo-alvo, por exemplo: pessoas, familiares, mulheres ou grupos de homens ou jovens, dirigentes da comunidade; e conhecer os seus contextos, tais como o seu nível de educação, língua e idade.
- Informar-se acerca da prática local de MGF. Significa inquirir pessoas ou grupos sobre as seguintes questões;
  -Que tipo de MGF existe localmente e/ou conhecem?
  -Quais são as razões apontadas para a prática?
  -Que problemas ou complicações sofrem as meninas, raparigas e mulheres durante ou

após a intervenção e como são tratadas?
-Quem realiza e participa na prática?
-O que acontece às meninas ou mulheres que recusem a tradição?

- Dominar o material que tem à sua disposição. Preparar convenientemente a informação e o material necessário, tê-los prontos a usar e saber exactamente que objectivos servem. Isto inclui informação fidedigna sobre a saúde reprodutiva, os tipos de MGF e as suas consequências.
- Estabelecer contacto com as pessoas relevantes para a organização de encontros com dirigentes religiosos e comunitários, autoridades de saúde e outras pessoas influentes na comunidade.
- Criar e manter relações de confiança. O que implica:
  -Estabelecer uma relação de empatia com o público-alvo.
  -Demonstrar respeito pelas crenças e valores, das pessoas, relacionados com a MGF.
  -Saudar as pessoas presentes de forma culturalmente aceite.
  -Apresentar-se sempre, bem como as pessoas que o/a acompanham.
  -Certificar-se de que a assistência se sente confortável consigo e com o ambiente antes de iniciar o diálogo.
  -Dirigir-se às pessoas pelo seu nome e/ou títulos, de acordo com as normas aplicáveis.
- Apresentar informação adequada e clara. O que significa:
  -Avaliar o nível de conhecimentos do público acerca da MGF.
  -Apresentar o tema e os objectivos do debate.
  -Falar pausadamente e com clareza, empregando expressões simples mas correctas. Explicar ao grupo em formação que na comunidade se encontram pessoas que preferem utilizar a designação "circuncisão" a "mutilação", uma vez que a ideia de que são "mutiladas" ou que os seus pais ou mães e a sua comunidade de pertença são "mutiladores" pode ser ofensiva. A melhor maneira de se referir à prática é utilizando a terminologia local e adequada ao contexto.
  -Escrever de forma legível, em suporte apropriado, e usar sempre vocabulário compreensível.
  -Usar cartazes e imagens para ilustrar uma ideia, quando se adeqúe, uma vez que algumas pessoas na plateia podem ser iletradas.
  -Seleccionar as mensagens mais importantes a transmitir, uma vez que o excesso de informação pode criar confusão.
  -Distribuir informação adequada para leitura adicional, por exemplo, cartazes ou folhetos.
  -No final de um encontro, sintetizar o que se debateu.
  -Assegurar-se de que as pessoas compreenderam a informação principal.
  -Reservar tempo suficiente para responder a perguntas e esclarecer tópicos.
  -Informar sobre onde encontrar informação adicional e apoio, caso requerido.
  -Disponibilizar aconselhamento individual a todas as pessoas que o solicitem informando antecipadamente os locais e horários.

Sintetizar:

- Activistas e profissionais que trabalham na prevenção e mudança de comportamento face à MGF devem:
- Promover uma abordagem participativa da comunidade das pessoas chave na concepção e implementação do programa.
- Preparar actividades diversificadas e adaptadas ao público-alvo.
- Assegurar-se de que o material de IEC e a mensagem difundida se baseiam em investigações e princípios de direitos humanos sólidos.
- Certificar-se de que as atitudes e valores positivos da comunidade são identificados e se reflectem nas actividades do programa.
- Identificar os principais agentes de decisão na comunidade relativamente à MGF.
- Assegurar-se que as pessoas envolvidas na implementação dos programas possuem formação adequada.

Encerramento da sessão:

- Sintetizar as principais aprendizagens.
- Permitir a partilha da aprendizagem.
- Registar comentários.
- Terminar a sessão.

Sessão 4: Estratégias para o envolvimento de agentes de decisão política e técnica incluindo governamentais, na prevenção da MGF

Objectivos da sessão
No final da sessão o grupo deverá ser capaz de:

1. Descrever o papel das governanças locais e nacionais na prevenção da MGF.
2. Descrever o papel das organizações internacionais da prevenção da MGF.
3. Identificar dirigentes da área política, comunitária e de opinião que possam, coerentemente, auxiliar na prevenção da MGF.
4. Identificar estratégias para o envolvimento de dirigentes políticos e governamentais na prevenção da MGF.

Preparação do tema

- Identificar com o grupo quais os dirigentes políticos, governamentais e de opinião das comunidades.
- Pedir a alguns estudantes que escrevam as suas respostas num quadro/folhas e as partilhem com o grupo.
- Explicar que dirigentes da área política e governamental, enquanto agentes de decisão, são intervenientes importantes em qualquer programa de prevenção da MGF.

A sessão

Apresentar a sessão e os seus objectivos.

Brainstorming:

- Perguntar: qual é o papel dos dirigentes políticos, governamentais e de opinião na prevenção da MGF?
- Registar e debater as respostas do grupo.
- Sintetizar assinalando os pontos mais importantes, tal como enunciados nas notas.

Notas:

O envolvimento dos dirigentes políticos, governamentais e de opinião no esforço para a eliminação da MGF é imperativo, uma vez que além de influenciarem a opinião pública e serem agentes de decisão, são responsáveis directos pela elaboração de políticas e legislação.

Desde os anos 90, numerosas pessoas e organizações envolveram-se em actividades de base comunitária com o objectivo de eliminar a mutilação genital feminina. Os seus esforços conseguiram aumentar a visibilidade da MGF a nível mundial e atraíram a atenção de personalidades influentes a todos os níveis da sociedade em países praticantes da MGF, de líderes de aldeia a ministros de governos nacionais, etc. A eliminação da prática depende do esforço concertado na protecção da saúde de mulheres e crianças.

Em países nos quais a MGF é pratica comum:

- Alguns governos nacionais comprometeram-se publica e firmemente com a eliminação da MGF, através da implementação de legislação, programas, regulamentos profissionais e da ratificação de declarações internacionais que condenam a prática.
- Alguns deles iniciaram o desenvolvimento de políticas e programas de acção para pôr fim à prática, que incluem a definição de objectivos com vista à sua eliminação, e a elaboração de indicadores a nível nacional e distrital para programas de monitorização e avaliação.
- É notória a tendência de integração dos esforços de prevenção da mutilação genital feminina nos programas de saúde e educação correntes e do estabelecimento de parcerias com grupos não governamentais e comunidades, de modo a provocar a mudança.
- O lançamento, em Março de 1997, pela OMS, do Programa de Acção para a sua Região Africana, com vista a uma maior celeridade no esforço de eliminação da MGF, resultou num maior compromisso por parte dos governos nacionais. Desde então têm sido assumidos e reforçados muitos compromissos nesta matéria, visando o fim da MGF e a protecção dos direitos das meninas jovens e mulheres.

Recomenda-se consulta dos documentos:

Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta-OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. APF (2009) e Programa de Acção Para a Eliminação da MGF, Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital

Feminina/C. APF, Lisboa (2009).

Conversa breve:

Perguntar ao grupo quais os dirigentes políticos, governamentais e de opinião que nos seus países são os mais adequados para o envolvimento na prevenção da MGF.

Sintetizar:

Sintetizar, enumerando lideranças e dirigentes mais indicados para a função (Nota: esta informação difere de país para país, dependendo da organização das estruturas políticas e civis). As lideranças mais indicadas podem incluir:

- Membros do parlamento, que podem ser encorajados a promover leis e políticas sobre a MGF.
- Mulheres e jovens líderes, dirigentes de associações profissionais (juristas, medicina e enfermagem), que podem ser incentivados e apoiados a trabalhar com grupos influentes e de advocacy a nível governamental.
- Personalidades influentes a nível comunitário, tais como líderes tradicionais, curandeiros/as e parteiros/as tradicionais. Na maioria das sociedades, ditas tradicionais, a estrutura política começa ao nível da aldeia, logo a lista elaborada deverá incluir políticos com funções a esse nível.
- Chefes de Estado, como Presidentes e/ou Primeiros Ministros e as Primeiras Damas - cujo apoio para a eliminação da MGF tem grande impacto na formação da opinião pública a nível nacional.

Debate em pequenos grupos:

- Dividir a turma em grupos de 6 a 8 elementos.
- Colocar a pergunta: como podemos envolver estas lideranças/dirigentes nos programas de prevenção da MGF?
- Reservar 30 minutos para o debate da questão.
- Reservar o tempo necessário para que os grupos preparem a apresentação das suas ideias sobre o assunto.

Fórum:

- Reservar 30 minutos para a apresentação das conclusões de cada grupo à turma.
- Deixar a turma debater o tema entre si.
- Conduzir a discussão e registar as respostas de todos os grupos de trabalho.

Sintetizar:

Explicar que, para envolver lideranças e dirigentes políticos na prevenção da MGF, é necessário:

- Identificar as personalidades influentes nas estruturas políticas e civis, locais e nacionais.
- Estabelecer contacto com pessoas relevantes e organizar seminários ou cursos para informar a população acerca dos temas relacionados com a MGF, por exemplo, as suas consequências para a saúde e implicações para os Direitos Humanos.
- Influenciar personagens proeminentes em todas as reuniões relevantes (por exemplo, encontros políticos, conferências profissionais), de modo a encorajá-los a aprovar legislação, desenvolver políticas e envolver-se activamente nos esforços para a eliminação da MGF.

Quanto maior for a oposição à MGF, pelo público em geral, maior é a probabilidade de os governos agirem com vista ao fim da prática.

Conselhos para uma comunicação mais eficaz

Na comunicação com lideranças e diferentes dirigentes é necessário que se cumpram as seguintes regras:

- Clarificar qual a sua atitude relativamente à MGF.
- Dominar o assunto a discutir – recordar os factos com clareza, assim como as mensagens que pretendem comunicar.
- Falar com clareza, confiança e convicção.
- Enfatizar e repetir os tópicos importantes, de modo a convencer o/a ouvinte dos seus argumentos.
- Promover a participação do intermediário na discussão.
- Persuadir o/a interlocutor que é particularmente importante na campanha/iniciativa a desenvolver e que dispõe do poder necessário para fazer a diferença.
- Sugerir um plano de acção e acordar uma data para nova reunião, de modo a que se possa discutir os progressos conseguidos.
- Ser determinado/a e paciente e nunca ceder ao desânimo, independentemente da lentidão do progresso dos resultados.

Advocacy

"Advocacy" significa defender ou argumentar a favor de uma causa, com o objectivo de angariar apoio para que seja sucedida.

Advocacy - é o termo usado para descrever

diferentes formas de construir apoio político, público e financeiro para um tema ou causa específica. Advogamos para aumentar o apoio para uma causa e influenciar outros, a construir um ambiente favorável e, em simultâneo, tentar promover um quadro legislativo[4] coerente e adequado a esse facto, o que implica promoção, defesa e visibilidade.

As estratégias importantes em advocacy são:
-Consolidação de alianças com pessoas/responsáveis, por exemplo de ONG, institutos públicos, universidades ou instituições com interesses semelhantes.
-Uso eficaz dos meios de comunicação.
-Trabalho junto das comunidades.

Consolidação de alianças

O estabelecimento de parcerias com outras entidades activas na mesma área de trabalho tem várias vantagens. Permite a partilha de experiência, conhecimentos e recursos. Para além disso, "a união faz a força". Contudo, o trabalho conjunto com outros grupos é um exercício delicado pelo que requer paciência, persistência, tacto e assertividade relativamente aos diferentes pontos de vista e mensagem essencial.

Explicar ao grupo que, para a construção de alianças, deverão:

- Identificar outras pessoas ou grupos interessados em eliminar a prática de MGF dentro das suas comunidades.
- Organizar reuniões com lideranças e dirigentes para saber mais das suas actividades – por exemplo, como trabalham, com quem trabalham e quais os seus objectivos. Deverão, igualmente, estar preparados para partilhar a mesma informação sobre a sua organização.
- Estabelecer e desenvolver actividades em colaboração.

As organizações internacionais que trabalham no esforço de eliminação da MGF incluem:

- Agências das Nações Unidas: OMS, UNICEF, UNFPA e UNIFEM.
- Comité Inter-Africano para as Práticas Tradicionais (IAC), FORWARD, RAINBO, PATH, EQUALITY NOW, Amnistia Internacional (A.I.), Rede Europeia para a Eliminação da MGF (Euronet FGM)
- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO)
- Federação Internacional das Associações de Planeamento da Família (IPPF)
- Confederação Internacional de Parteiras (International Confederation of Midwives – ICM).
- Associação Médica Internacional da Mulher (Medical Women's International Association).
- Rede de Parteiras Africanas para a Investigação (Africa Midwives Research Network – AMRN).

Trabalho com os meios de comunicação

Os artigos publicados em jornais ou as peças difundidas na rádio e televisão espelham eficientemente a mensagem, pelo que o estabelecimento de parcerias com organizações dedicadas à comunicação constitui um exercício valioso. A primeira tarefa que cabe a uma dessas parcerias é de educar/formar acerca da MGF pessoas relevantes e jornalistas nos meios de comunicação.

Informar sobre a necessidade de boas capacidades de escrita, ao trabalhar com os meios de comunicação. As mensagens transmitidas deverão ser claras, concisas e convincentes, e apresentadas de maneira a captar a atenção de quem lê, ouve ou vê. O seu efeito deverá ser testado antes de ser apresentado a audiências de grandes dimensões.

Outras formas de IEC, tais como dramatizações, canções e campanhas de distribuição de cartazes e folhetos, podem igualmente ser usadas para difundir informação, podendo ser adaptadas a públicos específicos, como jovens e mulheres. Do mesmo modo, encontros de grandes dimensões ou manifestações constituem situações privilegiadas para a promoção da causa.

Trabalho com as comunidades

Apenas quando quem realiza a MGF aceitar a necessidade do seu abandono e eliminação, é que serão possíveis as mudança desejadas. Assim, o trabalho com as comunidades com o objectivo de educar, formar e sensibilizar para os temas que lhes são próprios, é parte vital de todos os programas, incluindo os de advocacy.

Etapas no processo de advocacy:

- Recolha e análise de informação. Antes de lançar um programa de advocacy é necessário recolher informação fidedigna sobre a MGF, incluindo a extensão da prática a nível local e nacional, quem a pratica, os fundamentos da prática, a idade em que acontece, bem como as consequências sociais e para a saúde. A contextualização do fenómeno é fundamental para a formulação

4 Nota tradutor: Programa de Acção Para a Eliminação da MGF, Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina/C. APF, Lisboa ,2009)

das mensagens apropriadas para a campanha/iniciativa.
- Identificação dos públicos-alvo e pessoas chave para o processo de advocacy. Políticos, executivos do governo, parlamentares, lideranças comunitárias e pais e mães são cruciais para a promoção, apoio ou bloqueio da iniciativa, dado os seus papéis e cargos ao nível da decisão ou legislação. Devem ser abordados com as mensagens adequadas.
- Definição dos objectivos para cada etapa do programa de advocacy. Isto deverá incluir a identificação do papel de cada grupo-alvo na promoção das mudanças desejadas.
- Desenvolvimento de um programa de acção que identifique os públicos-alvo, as actividades a desenvolver, os seus objectivos e os responsáveis por cada função.
- Acompanhamento e avaliação. O programa de advocacy deve ser monitorizado, através da utilização de indicadores e objectivos bem definidos e elaborados.

Lobbying

"Lobbying" consiste em actuar directamente sobre uma determinada pessoa ou grupo, com o objectivo de influenciar opiniões e acções. É, frequentemente, um processo lento e demorado, bem delineado no tempo que exige paciência e perseverança de quem dele se encarrega.

- Informar o grupo que para um processo de lobbying bem sucedido é necessário:
- Identificar agentes de decisão e outras personalidades influentes e estabelecer contacto directo. É possível alcançar essas pessoas através do seu grupo de pertença e locais onde trabalham.
- Certificar-se de que todas as pessoas abordadas têm conhecimento do que é preciso alcançar e os papéis que podem desempenhar.
- Nos contactos com estas pessoas aplicar as técnicas e recursos anteriormente descritos (ver "Conselhos para uma comunicação mais eficaz") para as sensibilizar/persuadir para a sua causa.
- As situações adequadas para lobbying incluem:
- Sessões parlamentares e outros encontros políticos.
- Encontros religiosos.
- Conferências internacionais de destaque.

Sintetizar:

Recordar que a eliminação da MGF é um processo que implica um compromisso a longo prazo e a preparação de bases que fundamentam mudanças de comportamento reais. Essas bases incluem:
- Programas anti-MGF sólidos e competentes a nível nacional, regional e local.
- Um governo verdadeiramente empenhado, que apoie a eliminação da MGF com políticas, leis e recursos.
- Generalização do tema da MGF – integração da prevenção da MGF em todos os programas governamentais e não governamentais relevantes, como os programas de saúde, planeamento familiar, educação, serviços sociais, direitos humanos, igualdade de oportunidades, cidadania e religião.
- Profissionais de saúde que possuam a formação necessária para a identificação e orientação das complicações derivadas da MGF e para a prevenção da prática.
- Coordenação eficaz entre agências governamentais e não governamentais.
- Processos de advocacy que promovam políticas e quadros legais favoráveis à eliminação da MGF, apoio crescente aos programas relevantes e educação pública.
- Empoderamento da mulher.

Encerramento da sessão:

- Reservar tempo necessário para que esclarecer as dúvidas existentes relacionadas com a sessão.
- Perguntar se existem dúvidas que seja necessário esclarecer.
- Terminar a sessão.

MÓDULO 3: PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE A MENINAS, RAPARIGAS E MULHERES COM COMPLICAÇÕES RESULTANTES DA MGF

Este é um módulo de intervenção, que visa preparar profissionais de saúde, incluindo enfermeiras/os e parteiras/os, para a identificação e prestação de cuidados de complicações físicas, psicossociais e sexuais derivadas da mutilação genital feminina.

Âmbito do módulo

O material apresentado neste módulo pode servir de complemento a outros cursos existentes, tais como os de saúde infantil, crescimento e desenvolvimento humano, ginecologia e saúde reprodutiva. Do mesmo modo, pode ser usado em conjunto com o módulo sobre intervenção na comunidade, durante a formação prática de profissionais.

Objectivos

No final do módulo, o grupo deverá ser capaz de:

1-Identificar complicações da MGF.
2-Prestar cuidados de saúde a meninas, raparigas e mulheres com complicações derivadas da MGF.
3-Adquirir conhecimentos sobre o procedimento de defibulação (abertura de uma MGF Tipo III).
4-Adquirir e treinar capacidades e técnicas de aconselhamento.
5-Identificar utentes com necessidade de cuidados subsequentes, nos casos em que o tratamento das complicações não esteja nas suas competências técnicas.

Pré-requesitos

- São pré-requisitos para este módulo os seguintes conhecimentos:
- Conhecimento das complicações derivadas da MGF: físicas, psicossociais e sexuais.
- Conhecimentos e aptidões em planeamento familiar.
- Conhecimentos e aptidões sobre informação, educação e comunicação (IEC), educação para a saúde e aconselhamento.

Competências

Espera-se que com este módulo se obtenham as seguintes competências:

- Capacidade para conduzir uma entrevista com uma menina, rapariga ou mulher mutilada.
- Capacidade de realizar um exame físico, incluindo exame ginecológico, e identificar complicações resultantes de MGF.
- Capacidade para realizar um exame pélvico para determinação do tipo de MGF e complicações físicas daí derivadas.
- Capacidade de aconselhar sobre os métodos de planeamento familiar, com o objectivo de assegurar cuidados de saúde reprodutiva, a mulheres que tenham sido submetidas à MGF.
- Capacidade para reconhecer e divulgar informação sobre aconselhamento, apoio e tratamento adequados e/ou reencaminhamento para tratamento subsequente dos problemas físicos, sexuais e psicossociais derivados da MGF.
- Capacidade para realizar a abertura de uma infibulação (defibulação) numa menina, rapariga ou mulher, inclusive:
  -Reconhecer que é necessária.
  -Caso necessário, reencaminhar a utente.
  -Prestar os cuidados pré e pós operatórios
  -Conduzir a intervenção.
  -Prestar o aconselhamento.

Materiais Auxiliares de Ensino

Material pode incluir:

- Modelos, imagens, gráficos, equipamento áudio visual e artigos de imprensa.

Sessões

Tempo em horas

Sessão 1: Identificação das complicações físicas resultantes da MGF..... 2

Sessão 2: Cuidar utentes com complicações físicas resultantes da MGF..... 4

Sessão 3: Competências técnicas de aconselhamento..... 4

Sessão 4: Identificação de complicações psicossociais e sexuais em situações de MGF..... 2

Sessão 5: Cuidar de meninas, raparigas e mulheres com complicações psicossociais e sexuais resultantes da MGF..... 3

Sessão 6: Referenciação e reencaminhamento..... 2

Sessão 7: Planeamento familiar e MGF..... 2

Sessão 8: Procedimentos necessários à defibulação (abertura de MGF de Tipo III)..... 3
(inclui 40 horas de prática clínica/trabalho prático)

Sessão 1: Identificação das complicações físicas resultantes da MGF

Objectivos da sessão
No final da sessão o grupo deverá ser capaz de:

1. Adquirir conhecimentos teóricos que permitam realizar uma entrevista com uma menina, rapariga ou mulher com complicações derivadas da MGF.
2. Realizar um exame ginecológico com o objectivo de identificar o tipo de MGF e quaisquer complicações presentes.

Preparação do tema

- Rever, com o grupo, a matéria referente às complicações físicas derivadas da MGF apresentada no módulo I.

A sessão

Apresentar a sessão e os seus objectivos.

Conversa breve:

- Perguntar aos participantes o que entendem por avaliação.
- Debater o tema, em grupos de dois ou três elementos.
- Permitir aos participantes responder às perguntas.

Sintetizar:

A avaliação é o conjunto de procedimentos conduzido por um profissional com o objectivo de identificar/diagnosticar qualquer alteração do normal funcionamento da saúde.

Esta avaliação é feita com recurso aos sentidos da visão, audição, tacto e olfacto. Para as utentes com MGF, este consiste em:

- Entrevista (colheita da história clínica).
- Observação/exame dos órgãos genitais (exame físico).

Palestra:

Colheita da história clínica

O sucesso da colheita da história clínica depende fundamentalmente do uso correcto das competências de comunicação interpessoais para estabelecimento de uma relação de confiança. As mulheres que tenham sido sujeitas à MGF e que se dirijam a um estabelecimento de saúde, também, o farão por razões que não sejam a MGF. Profissionais de saúde têm de prestar os cuidados necessários para problemas que encontrem. Estando atentos à possibilidade da utente ter sido submetida a MGF. Será através de perguntas directas ou indirectas que essa hipótese de diagnóstico será colocada.

Explicar que o procedimento se pode desenrolar da seguinte forma:

- Saudar a utente segundo as fórmulas culturalmente aceites. Convidá-la a sentar-se confortavelmente, perto e voltada para si. Apresentar-se e tratar a utente pelo seu nome.
- Começar por colocar perguntas de âmbito geral, tais como “Como está? Como está a sua família? Há algum assunto que gostaria de referir, que seja importante para si ou para sua saúde?
- Quando a utente estiver descontraída e parecer preparada para conversar acerca de assuntos mais íntimos, pergunte, com tacto, acerca de quaisquer intervenções a que tenha sido submetida, incluindo de MGF. Empregue terminologia com que a utente esteja familiarizada. Pergunte-lhe se gostaria de partilhar algum tipo de informação sobre a operação e sobre eventuais problemas que possa ter associados à MGF. Tranquilizando-a assegurando que está à vontade para lidar com a situação.
- Deixar que a utente expresse os seus sentimentos e fornecer a informação que deseja. Se chorar, seja paciente e apoie-a. Ouça atentamente e seja agradável e empática/o. Demonstre-lhe a sua preocupação e diga-lhe que pode ajudá-la.
- Encoraje-a a falar, usando facilitadores de diálogo, como interjeições ou acenos, dizendo “ah, ah...” e estabelecendo contacto visual. As utentes podem não ser imediatas na partilha de informação acerca da excisão; não a force a conversar. Se a utente ainda não estiver pronta para transmitir a informação, marque nova consulta.
- A partir do momento em que tenha sido estabelecido que a mulher foi submetida a excisão, esta informação e o exame clínico subsequente deverão ser conduzidos com profissionalismo e discrição.
- A informação (tipo de mutilação e consequentes complicações) deverão ser registados na ficha clínica, tal como

estipulado pela política da instituição de saúde.

Tópicos a sublinhar:

- Para a colheita da história e exame clínico, é essencial que se estabeleça uma relação de confiança, o que implica:
  -Empatia – empregar as capacidades de comunicação interpessoal para criar um laço de afinidade.
  -Assegurar a privacidade.
  -Manter a confidencialidade.
  -Demonstrar respeito.
  -Ter paciência e tolerância.

- Alguns temas devem ser abordados com especial atenção e sensibilidade, tais como:
  -O relacionamento com o marido ou companheiro.
  -Problemas relacionados com o acto sexual; por exemplo, dor durante as relações sexuais, dificuldade na penetração, eventual necessidade de abertura do orifício vaginal.
- O/a profissional de saúde deverá estar preparado/a para a possibilidade da utente chorar e deverá dar-lhe o seu apoio sempre que necessário.
- O aconselhamento da mulher e/ou do seu companheiro é muito importante.

Exercício de simulação:

- Deverá ser simulada em role play uma situação de colheita da história clínica de uma utente com MGF.
- Seleccionar um/a voluntário/a de entre o grupo de formação, para representar o papel de utente, enquanto o/a formador/a desempenha o papel do/a profissional de saúde.
- Seguir o procedimento da colheita da história clínica enunciado na palestra.
- Terminado o exercício de simulação, dar oportunidade ao grupo para simular a colheita da história (contra-demonstração).
  -Pedir que trabalhem em subgrupos, uma pessoa representando o papel de utente e outra o papel de profissional de saúde, observados pelos restantes elementos do grupo, que acompanham o processo com a ajuda de uma checklist com os pontos focados na palestra.
  -Permitir duas ou três simulações para a turma, por grupos diferentes.
  -Realização de debate, pelos/as formandos/as que desempenharam os papéis de utentes e observadores, com registo dos seus comentários e ideias acerca das entrevistas.
  -Sintetizar a matéria, debatendo as experiências positivas e negativas.

Palestra:

Exame físico

O exame dos genitais de uma mulher que tenha sido submetida a MGF pode ser desconfortável. Devem ser explicados os procedimentos com calma, paciência, empatia, respeito e reforçar a confidencialidade, o que ajudará a construir a relação de confiança. Isto deve ser recordado em qualquer situação em que seja necessário conduzir um exame ginecológico, uma vez que é impossível certificar-se antecipadamente da existência da MGF apenas através da entrevista à utente.

Em algumas regiões do mundo poderá ser necessário obter o consentimento do marido ou companheiro, pais ou sogros antes do exame ginecológico da mulher.

A plena confiança nos cuidados de saúde que vai receber são essenciais e a menina, rapariga ou mulher não deve sentir que será julgada, objecto de curiosidade ou exposta pelo/a profissional de saúde.

Algumas mulheres relatam que uma das experiências mais traumáticas por que passaram foi terem sido submetidas a exame ginecológico realizado por um/a profissional de saúde inexperiente que quando "identifica/descobre" a MGF solicita opinião de outro/os profissional/ais de saúde para observação dos seus órgãos genitais.

Preparação para um exame físico.

- Preparação da utente – ou seja, explicação cuidada e completa do procedimento, e obtenção do seu consentimento e/ou autorização de outrem, caso se aplique.
- Preparação do equipamento – é essencial utilizar equipamento e material esterilizado:
  -Luvas.
  -Tabuleiro com cubeta, compressas esterilizadas e loção anti-séptica.
  -Recipiente para compressas usadas.

O procedimento:

- Explicar detalhadamente o procedimento à utente e confirmar que esta o compreendeu.
- Pedir autorização para a examinar. Se outros elementos de pessoal médico estiverem

presentes, explicar à utente a razão para a sua presença e pedir-lhe o consentimento para a sua permanência. A utente tem direito à recusa, o que deve ser respeitado. O/a profissional de saúde, deve sublinhar o facto de que o cuidado a prestar não está condicionado pela autorização para que outros/as profissionais do serviço assistam ao exame.

- Garantir as condições de privacidade e confidencialidade.
- Instruir a utente para que dispa a sua roupa interior e ajudá-la a deitar-se na marquesa, com as pernas afastadas e flectidas.
- Expor a área necessária para inspecção e exame. Cobrir a utente até iniciar o exame.
- Lavar cuidadosamente as mãos e colocar luvas.
- Expor os órgãos genitais. Inspeccionar os órgãos genitais externos para identificar o tipo de MGF e procurar úlceras, infecções, abcessos ou qualquer tumefacção anormal.
- Indagar delicadamente acerca da experiência de micção, menstruação e relação sexual.
- Na maior parte dos casos, não é necessária a introdução dos dedos na vagina, uma vez que a maioria das complicações pode ser detectada através de inspecção dos órgãos genitais externos. Contudo, caso necessário, seguir os passos que se descrevem:
  -Introduzir lentamente a ponta do dedo indicador e depois o dedo inteiro, muito lentamente, se o estreitamento o permitir. Se houver espaço para mais de um dedo, introduzir lentamente o segundo dedo, prestando atenção à reacção da utente, uma vez que a acção pode provocar dor.
  -Respeitar as reacções da mulher.

- Em casos de MGF do Tipo III (infibulação), o orifício vaginal pode estar muito fechado e não permitir sequer a introdução da ponta de um dedo. Nesses casos, não deverá forçar-se a introdução.
- Depois de completar o procedimento, agradecer a colaboração da utente.
- Nos casos em que se tenha sido conseguido a realização do toque vaginal, procurar quaisquer secreções/fluídos antes de retirar as luvas.
- Retirar as luvas e lavar as mãos.
- Ajudar a utente a sentar-se; auxiliá-la a vestir-se, se necessário.
- Fazer os registos e validá-los com a utente.
- Todo o equipamento utilizado deverá ser deixado mergulhado em solução desinfectante durante meia hora, antes de ser esterilizado.

Trabalho prático:

- Capacitar formandos e formandas para examinarem entre 2 a 5 mulheres com MGF durante a seu treino clínico supervisionado.
- Registar os pormenores dos exames realizados, de acordo com as notas seguidamente apresentadas.

Encerramento da sessão:

- Sintetizar os dois principais pontos a retirar da sessão, que são a colheita da história clínica e o exame físico de uma menina, rapariga ou mulher com MGF.
- Rever os tópicos que necessitem de especial atenção.
- Colocar perguntas relativas aos pontos mais importantes, para se certificar de que compreenderam a matéria.
- Esclarecer dúvidas e questões.
- Terminar a sessão.

Sessão 2: Cuidar Utentes com complicações físicas resultantes da MGF

Objectivos da sessão
No final da sessão o grupo deverá ser capaz de:

1. Demonstrar as capacidades adquiridas na defibulação de MGF Tipo III.
2. Identificar utentes com outras necessidades de cuidados.

Preparação do tema

- Pedir ao grupo que partilhe as suas experiência na observação/tratamento de uma menina, rapariga ou mulher com MGF.
- Reservar tempo suficiente para algumas respostas.

A sessão

Apresentar a sessão e os seus objectivos.

- Preparar uma palestra detalhada, utilizando as notas que se seguem.

Notas:

A gestão de complicações físicas inclui o aconselhamento a eventual intervenção cirúrgica (defibulação) ou reconstituição. Durante a observação da utente, a/o profissional de saúde deverá identificar o tipo de cuidado mais adequado àquela situação.

Complicações imediatas e a curto prazo

Hemorragia

A excisão do clítoris implica o corte da artéria profunda do clítoris, onde o sangue circula sob pressão elevada. O corte dos lábios também provoca danos nos vasos sanguíneos. A hemorragia é a complicação mais comum e mais fatal associada à MGF. Normalmente, ocorre durante ou imediatamente após a intervenção. Podem verificar-se hemorragias secundárias após a primeira semana, devido a gangrena ou formação de um coágulo sobre a artéria, por causa de uma infecção. O tratamento de hemorragias relacionadas com a excisão é o mesmo de quaisquer outras circunstâncias.

Indicar aos profissionais que devem respeitar o seguinte processo:

- Inspeccionar o local da hemorragia.
- Limpar a região afectada.
- Aplicar pressão no local para estancar a hemorragia, cobrindo-o com gaze esterilizada ou similar.
- Avaliar a gravidade da hemorragia e a condição da menina, rapariga ou mulher.
- Se a paciente entrar em choque hipovolémico, seguir as recomendações apresentadas adiante em “choque”.
- Se necessário, repor os líquidos perdidos. Se o tratamento se desenrolar num estabelecimento de nível primário, administrar fluidos por via intravenosa, monitorizar e transferir a utente imediatamente para um estabelecimento de nível secundário.
- Se o tratamento se desenrolar em estabelecimento de nível secundário, onde a transfusão de sangue não seja possível mas se revele necessária, transferir imediatamente a utente para um estabelecimento de nível terciário.
- É possível que a prescrição de vitamina K, em especial no caso de bebés, seja política da instituição. Nesse caso, actuar segundo as políticas estabelecidas.
- É possível que tenha sido aplicado sobre a ferida um preparado tradicional (composto, por exemplo, por cinzas, ervas, terra ou estrume de vaca), que pode provocar tétano ou outras infecções. Por esta razão, deverá administrar-se uma vacina anti-tetânica e antibióticos, de acordo com as directrizes aplicáveis no país.
- Se a complicação não for excessiva, limpar a zona com solução anti-séptica e instruir a utente ou os seus acompanhantes para que a mantenham seca. Assistir à evolução da utente, marcando nova consulta, de modo a monitorizar os progressos alcançados.

Dor intensa e lesão de tecidos

A dor é imediata e pode tornar-se tão intensa que provoque choque. O tratamento da dor associada à MGF é o mesmo de qualquer outra circunstância. Ensinar o grupo de formação para que respeitem os seguintes procedimentos:

- Avaliar a intensidade da dor e da lesão.
- Administrar um analgésico potente e tratar as lesões existentes.

- Limpar a ferida com solução anti-séptica e advertir a utente ou os seus acompanhantes para que a mantenha seca.
- Se a utente entrar em choque hipovolémico, seguir as recomendações apresentadas adiante em "choque".
- Se a dor não diminuir, reencaminhar a utente para tratamento subsequente.
- De acordo com a dimensão da lesão, encaminhar a utente para intervenção cirúrgica subsequente.

Choque

O choque pode ocorrer como resultado de hemorragia (choque hipovolémico) e/ou dor intensa. O tratamento do choque associado à MGF é o mesmo do seu tratamento noutras circunstâncias. Ensinar o grupo de formação para que respeitem os seguintes procedimentos:

- Avaliar a gravidade do choque, verificando os sinais vitais.
- Tratar o choque hipovolémico, elevando os membros da utente acima do nível da sua cabeça, permitindo que o sangue flua para os pontos vitais do cérebro.
- Cobrir a utente, para que mantenha a temperatura corporal.
- Se demonstrar dificuldade em respirar, administrar oxigénio.
- Manter sempre por perto o material necessário para reanimação cardio-respiratória.
- Administrar fluidos por via intravenosa para repor os fluidos perdidos. Verificar os sinais vitais e registá-los a cada 15 minutos.
- Se a situação da utente não melhorar, reencaminhá-la para cuidados médicos subsequentes.

Infecção e septicémia

As infecções podem ocorrer como resultado de falta de higiene na altura e após o procedimento, bem como devido à utilização de instrumentos sujos durante a MGF. Neste caso, a utente apresentará temperatura elevada e a ferida suja e inflamada.

Ensinar formandos e formandas para que respeitem os seguintes procedimentos:

- Colher uma amostra das secreções vaginais e de urina para testar a existência de infecção e para identificar os organismos presentes.
- Inspeccionar cuidadosamente a vulva, procurando sinais de feridas infectadas e de quaisquer outros factores que possam contribuir para a infecção, como a obstrução da micção.
- Qualquer obstrução encontrada deverá ser removida, devendo proceder-se ao tratamento com antibióticos e analgésicos.
- Se a ferida estiver infectada, terá de ser limpa e deixada cicatrizar.
- Acompanhar a evolução da utente sete dias depois, de modo a avaliar o progresso verificado.
- Se a infecção persistir, reencaminhar a utente para cuidados médicos mais diferenciados.

Retenção urinária

A retenção urinária pode ser fruto de lesão, dor e medo de urinar, ou oclusão da uretra durante a infibulação. A retenção urinária aguda surge do edema e inflamação em torno da ferida.

Ensinar formandas e formandos para que respeitem os seguintes procedimentos:

- Avaliar o problema, com o objectivo de determinar a causa.
- Aplicar os conhecimentos e técnicas de enfermagem apropriados para encorajar a utente a urinar, como por exemplo, abrir uma torneira.
- Se a utente continuar sem conseguir urinar, por sentir dor ou medo, administrar analgésicos potentes, apoiando-a e encorajando-a.
- Se a incapacidade de urinar se dever à infibulação, abrir a infibulação, depois de aconselhar a utente ou a/o sua/seu acompanhante, no caso de uma criança.
- Se a retenção se dever a lesão do meato urinário, reencaminhá-la para intervenção cirúrgica sob efeito anestésico.

Anemia

A anemia pode ser provocada por hemorragia ou infecção, ou mesmo por malária, em especial no caso de crianças.[5]

Ensinar formandas e formandos para que respeitem os seguintes procedimentos:

- Avaliar a gravidade da anemia e enviar colheitas de sangue para testes de grupo sanguíneo e hemoglobina.
- Em casos de anemia ligeira, administrar ácido fólico e comprimidos com ferro, recomendando uma dieta nutritiva.
- Em caso de infecção ou malária, tratar adequadamente. Se a anemia for grave, reencaminhar a utente para transfusão de sangue.[5]

5 Nota do tradutor: Este guia tem como objectivo ser utilizado também em África em que a malária é uma importante causa de anemia e febre. Em Portugal esta situação deve ser ponderada em pessoas (raparigas, mulheres) que tenham viajado de Países em que a doença é frequente.

Tratamento de complicações a longo prazo

Formação de quelóides

Podem formar-se quelóides no tecido de cicatriz, provocando a obstrução do orifício vaginal. Ensinar formandas e formandos para o tratamento desta complicação do seguinte modo:

Examinar os órgãos genitais para identificar a dimensão do quelóide.

- Se a dimensão do quelóide for pequena, aconselhar a mulher a não interferir com a formação e tranquilizá-la, dizendo-lhe que não a incomodará.
- Se o quelóide for de grandes dimensões, causando dificuldades ao acto sexual ou eventual obstrução durante o parto, a paciente deve ser reencaminhada para excisão de quelóides.
- A presença de um quelóide pode ser motivo de incómodo para uma mulher. Nessa situação deve ser orientada para a cirurgia.

Quistos

Os quistos dermóides (ou de inclusão), provocados pela inclusão de uma prega de tecido da pele numa cicatriz, ou os quistos sebáceos, provocados pela obstrução do canal de uma glândula sebácea, são complicações frequentes, relacionadas com todas as formas de MGF. Podem identificar-se atempadamente, quando têm aproximadamente o tamanho de uma ervilha, ou mais tarde, quando tenham aumentado para a dimensão de uma bola de ténis ou mesmo de uma toranja.

Instruir o grupo de formação para que o tratamento de quistos respeite os seguintes passos:

- Examinar o local do quisto para identificar o seu tamanho e tipo.
- Quistos pequenos e não infectados não precisam de intervenção, depois de aconselhamento da cliente para que aceite a sua condição. Como alternativa, a utente pode ser reencaminhada para remoção do quisto, sob o efeito de anestesia local ou regional.
- Antes de agir sobre um quisto de dimensões reduzidas, é importante descobrir se da intervenção podem resultar danos ou lesão dos tecidos sensíveis existentes. Se tais riscos existirem, estes devem ser apresentados à mulher, bem como informação completa sobre o procedimento e a opção de remover o quisto, assegurando o entendimento completo do risco associado.
- No caso de um quisto infectado ou de grandes dimensões, a utente terá de ser reencaminhada para posterior excisão ou marsupialização. A intervenção é geralmente realizada sob efeito de anestesia geral. Durante a cirurgia deve ser prestado cuidados para evitar lesão adicional dos tecidos sensíveis, dos vasos sanguíneos ou dos nervos da região.

Neurinoma clitoriano

Após a clitoridectomia, o nervo dorsal do clítoris pode ficar pressionado pelo tecido fibroso da cicatriz, o que pode provocar dor intensa na região de tecido fibroso, anteriormente demasiada. Nessas condições, o acto sexual ou mesmo a fricção da roupa interior provocam dor.

Ensinar formandas e formandos para que o tratamento desta complicação respeite os seguintes passos:

- Verificar a presença de um neurinoma. Um neurinoma não pode, geralmente, ser visto, mas pode ser detectado palpando cuidadosamente a área em redor da cicatriz no clítoris, utilizando um objecto delicado, e perguntando à utente se vai sentindo dor. Caso esta esteja sob o efeito de anestesia, o neurinoma pode sentir-se como se fosse um pequeno seixo sob a mucosa.
- Advertir a utente para que utilize roupas largas e prescrever-lhe um preparado a aplicar na área, como um creme de lidocaína.
- Em caso de sintomas graves, reencaminhar a utente para excisão cirúrgica do neurinoma. Este não é um requisito habitual e a mulher deve ser correctamente aconselhada antes da concretização do tratamento, uma vez que os sintomas podem ser de origem psicossomática – o resultado de uma experiência traumática de excisão ou o medo do acto sexual.

Abcessos vulvares

Um abcesso vulvar pode desenvolver-se como resultado de uma infecção profunda em consequência de tratamento incompleto ou de uma sutura absorvida.

Ensinar formandas e formandos para conduzirem o tratamento da seguinte forma:

- Examinar a zona para avaliar a extensão do problema.
- Aplicar um penso sobre o abcesso, administrando localmente medicação para aliviar a dor e limitar o edema.
- Reencaminhar a utente para intervenção cirúrgica subsequente, que pode envolver a incisão e drenagem do abcesso, sob o efeito de anestesia geral.

- Administrar antibióticos conforme o resultado da análise às colheitas feitas.

Infecção do tracto urinário (ITU)

As infecções do tracto urinário são frequentemente encontradas em mulheres com MGF do Tipo III. Este tipo de intervenção pode ser responsável pela obstrução de urina em mulheres infibuladas, a presença de cálculos urinários ou de lesões anteriores na uretra.

Ensinar formandas e formandos a prosseguirem o tratamento como se indica em seguida:

- Examinar atentamente a vulva para identificar a causa de infecção.
- Se a causa for a infibulação, advertir a utente ou os seus acompanhantes sobre a necessidade da sua abertura.
- Realizar análises à urina para identificar com precisão a infecção, de modo a seleccionar correctamente os antibióticos a prescrever.
- Administrar os antibióticos e/ou anti-sépticos urinários
- Aconselhar a utente para ingerir água em abundância.
- Se a ITU for recorrente, reencaminhar para cuidados médicos subsequentes.

Infecção pélvica crónica

Esta complicação pode resultar da obstrução das secreções vaginais, consequência da oclusão do orifício vaginal em mulheres infibuladas, da presença de cálculos vaginais ou de estenoses vaginais. Ensinar formandas e formandos para que conduzam o tratamento respeitando os seguintes passos:

- Identificar o tipo de MGF e causa provável para a complicação.
- Se a utente sofrer de mutilação do Tipo III, informá-la ou aos seus acompanhantes da necessidade de abertura da infibulação e procurar obter a sua autorização para a intervenção.
- Colher uma amostra vaginal para cultura e teste de sensibilidade.
- Administrar os antibióticos adequados, disponíveis localmente; por exemplo, 500 mg de tetraciclina de 6 em 6 horas, durante 10 dias; ou 100 mg de doxiciclina duas vezes ao dia, durante 10 dias.
- Se a infecção for de origem fúngica, pode prescrever-se a terapêutica indicada.
- Se a utente viver numa relação de casal, ao companheiro deve ser prescrito o mesmo tratamento.
- Se os sintomas persistirem, reencaminhar a utente para intervenção médica.
- Se a causa da infecção for a obstrução por cálculos ou lesão, reencaminhar a mulher para intervenção cirúrgica.

Infertilidade

Geralmente, a infertilidade associada à prática da MGF resulta de uma infecção pélvica, podendo ser dividida em infertilidade primária ou secundária. Existem, contudo, casos raros resultantes da impossibilidade de penetração nas relações sexuais, causada pelo estreitamento exagerado do orifício vaginal.

Devem ser respeitadas as seguintes fases:

- Colheita da história clínica, observação dos órgãos genitais para identificação do tipo de MGF.
- Se da observação sugerir que a infertilidade possa ser causada pela impossibilidade de penetração, informar a mulher e o companheiro da necessidade da abertura cirúrgica do estreitamento (defibulação).
- Em alternativa, reencaminhar a utente para cuidados especializados.

Fístulas e incontinência

As fístulas vesico-vaginais (FVV) ou recto-vaginais (FRV), que provocam incontinência, são causadas por lesão do meato urinário externo ou por parto obstruído (obstrução do canal de parto).

Devem ser respeitados os seguintes procedimentos:

- Examinar a menina, rapariga ou mulher e identificar a causa de incontinência e tipo de MGF.
- Averiguar o nível e a gravidade da fístula, através de teste de coloração azul de metileno.
- Nos casos de incontinência de esforço, aconselhar a utente e recomendar-lhe que inicie um programa de exercícios para fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico ou reencaminhá-la para consulta especializada, por exemplo urologista.
- As utentes com fístulas vesico-vaginais (FVV) ou recto-vaginais (FRV) devem ser encaminhadas para tratamento em consulta de especialidade.
- Na presença de uma infecção, administrar antibiótico adequado.

Obstrução vaginal

A obstrução parcial ou total da vagina pode ocorrer em resultado de infibulação, estenose vaginal, presença de um hematoma vaginal ou da existência de hematocolpos (acumulação de sangue menstrual). A obstrução vaginal pode causar amenorreia[6] e eventual dilatação do abdómen. Há registo de casos em que meninas e raparigas solteiras foram punidas por se pensar que estariam grávidas.

6 Nota de tradutor: Amenorreia: ausência de menstruação.

Devem ser respeitadas as seguintes fases:

- Observação ginecológica para identificar o tipo de MGF e complicações associadas.
- Se a utente tiver sido infibulada, abordar a possibilidade de defibulação. Neste aconselhamento pode se necessário incluir membros da família ou o seu companheiro.
- Se a utente sofrer de hematocolpos, cálculos ou estenoses, enviar a uma consulta de especialidade.

Distúrbios menstruais

Muitas mulheres excisadas queixam-se de dismenorreia. Pode ser causada por múltiplas razões: infibulação muito encerrada, escarificação extensa do orifício vaginal, aumento da congestão pélvica por infecção, ansiedade relacionada com a saúde dos genitais e a saúde em geral ou com a fertilidade.

Devem ser respeitadas as seguintes fases:

- Identificar a causa da dismenorreia[7], através da colheita da história clínica e da observação dos órgãos genitais.
- Aconselhar a utente e apoiá-la nesta situação.
- Administrar medicamento anti inflamatórios ou analgésicos para aliviar a dor.
- Caso a dismenorreia se deva à acumulação de fluxo menstrual, associada à infibulação, aconselhar a defibulação.
- Se a complicação for grave, encaminhar para tratamento de especialidade.

Úlceras

As úlceras podem desenvolver-se como resultado da formação de cristais de ureia na urina retida sob o tecido de cicatriz.

Devem ser respeitadas os seguintes procedimentos:

- Aconselhar para a necessidade de abertura da sua infibulação (defibulação) e recomendar que a vulva seja mantida aberta após a intervenção para evitar nova junção.
- Proceder à intervenção, tendo obtido o consentimento informado da utente para a realizar.
- Administrar localmente antibióticos, incluindo ou não creme com 1% de hidrocortisona.
- Se a úlcera for crónica e não sarar, reencaminhar para cirurgia.

Registo clínico/sinalização da MGF

- Chamar a atenção para a necessidade de em cada observação haver lugar ao registo do tipo de MGF e complicações associadas na ficha clínica.

Encerramento da sessão:

- Recomendar que sejam incluídas no registo clínico/sinalização da MGF, tipo de MGF e as complicações associadas
- Fazer questões sobre as complicação e respectivo cuidar/tratamento.
- Dar espaço para perguntas e clarificar os pontos sobre os quais persistam dúvidas.
- Terminar a sessão.

7 Nota de tradutor: Dismenorreia: dores menstruais (N. do T.)

Sessão 3: Competências técnicas de aconselhamento

Objectivos da sessão
No final da sessão o grupo deverá ser capaz de :

1. Descrever os princípios básicos de aconselhamento.
2. Enunciar as competências necessárias para um aconselhamento eficaz.

Preparação do tema

- Pedir ao grupo em situação de brainstorming a definição de "aconselhamento".
- Reservar tempo suficiente para ouvir algumas respostas e debater o assunto.

A sessão

Apresentar a sessão e os seus objectivos.

- Pedir a cada participante que pense sobre a pessoa a quem recorreria se quisesse discutir ou debater um tema "sensível".
- Sem referir os nomes/identificar a pessoa, pedir que enumerem as qualidades que consideram essenciais e pelas quais escolheram determinada pessoa. Depois da listagem estar concluída garantir que as seguintes qualidades estão incluídas:
  -Bom ouvinte.
  -Experiente.
  -Genuíno/a.
  -Confiável.
  -Observador/a.
  -Empático/a.
  -Com espírito aberto.
  -Simpático/a.
  -Ter maturidade.
  -Respeitável.
  -Inteligente.
  -Afectuoso/a.
  -Tranquilo/a.
  -Disponível para ajudar.
  -Compreende a necessidade de confidencialidade.
  -Tem sentido de humor.
  -Atencioso/a.
  -Faz a pessoa sentir-se especial.

  Nota: algumas qualidades serão importantes para algumas pessoas, mas não para todas. Respeitar todas as respostas.

Sintetizar:

Todas as qualidades referidas são positivas, o que faz delas úteis no aconselhamento. Ninguém as possui todas, mas é bom estar alerta para a sua existência e trabalhar para o seu desenvolvimento.

O aconselhamento é uma forma de interacção em cuidados de saúde que tem por objectivo capacitar cada pessoa para que possa explorar, compreender, informar-se e optar de modo autónomo sobre como lidar com um problema.

No aconselhamento é fundamental criar uma atmosfera de confiança, demonstrar respeito e responder completa e pacientemente às questões e dúvidas colocadas. No caso concreto da MGF, a menina, rapariga ou mulher deve receber informação específica, precisa e adequada à idade, que lhe permita reflectir sobre a sua situação e compreender e saber lidar com as suas necessidades e direitos. As informação fornecidas devem ser adequadas às necessidades daquela pessoa, garantindo a sua individualidade durante toda a sessão de aconselhamento. O papel do/a responsável pelo aconselhamento é, em suma, ajudar aquela pessoa a ponderar as circunstâncias a que está sujeita, sem qualquer tipo de pressão. Este aconselhamento pode implicar mais do que uma sessão.

Notas:

Durante a sessão de aconselhamento, o objectivo é a construção de uma relação de confiança com a utente, para que esta se sinta segura em discutir as suas preocupações. Os factores importantes para este propósito incluem:

- Privacidade e confidencialidade – certificar-se que o aconselhamento é realizado numa sala onde ninguém possa entrar sem autorização e onde o diálogo não possa ser ouvido por outras pessoas, incluindo profissionais.
- Tempo – o/a profissional deve estar sem pressões de horários, que inconscientemente podem condicionar a relação de confiança e os resultados esperados da sessão.
- Sala e mobiliários cuidadosamente previstos – o/a profissional e a utente devem sentar-se ao mesmo nível e próximos, sem barreiras entre si, para que facilmente seja possível demonstrar atenção e apoio durante o diálogo.
- Contacto visual – é importante que a pessoa que faz o aconselhamento olhe directamente a utente e que a observe cuidadosamente, de modo a aperceber-se da

sua linguagem corporal e dos seus tiques, uma vez que podem contar uma história diferente da transmitida pelas palavras (recorde-se que "as acções valem mais que as palavras"). O contacto não deverá ser sempre directo nos olhos da utente, mas observar por completo e às suas acções.

- Escuta activa – deve ser dada atenção tanto ao tom de voz da mulher como ao que diz, já que o tom de voz pode dar mais indicações do que as suas palavras. A maior parte do diálogo deve ser deixado à utente, cabendo ao/à profissional parafrasear ocasionalmente o que ouve; certificando-se que entendeu a situação descrita o/a profissional promove e reforça o diálogo no processo de escuta activa.
- Empatia – o/a conselheiro/a deve tentar colocar-se na situação da utente, e demonstrar que se preocupa e entende o problema.
- Expressão facial – o/a profissional deve ter consciência da sua expressão facial e assegurar-se de que é adequada ao que está a ser dito. Deverá sorrir quando saúda a utente, mas se a cliente chorar durante o aconselhamento a expressão facial deve transmitir atenção e conforto.
- Respeito – o/a profissional deve demonstrar respeito pela utente enquanto ser humano digno, com as suas crenças religiosas e culturais.
- Atitude não valorativa – é da maior importância que não seja adoptada, pelo profissional nenhuma atitude valorativa. Quem faz aconselhamento deve estar consciente das suas próprias estereotipias e preconceitos, de modo a que não interfiram no processo de aconselhamento.

Preparação para a sessão de aconselhamento

Para a preparação da sessão de aconselhamento, advertir o grupo para:

- Definir um local adequado – uma sala onde não haja lugar a interrupções, que possa ser fechada à chave caso necessário e, onde a privacidade e confidencialidade possam ser asseguradas.
- Preparar o local – por ex. garantindo assentos confortáveis e decoração neutra e acolhedora.
- Confirmar a consulta com a utente e certificar-se que há tempo suficiente para o aconselhamento/sessão.

A sessão de aconselhamento:

Explicar ao grupo alguns dos procedimentos básicos do aconselhamento:

- Acolher a mulher e convidá-la a sentar-se (e ao seu marido ou companheiro, caso aplicável).
- Saudá-la e apresentar-se de forma adequada.
- Tratar a utente pelo nome e perguntar qual o motivo da sua presença no aconselhamento que pode ser substituído por "Em que posso ajudá-la?".
- Deixar que a mulher fale e encorajá-la, acenando com a cabeça ou usando interjeições de reconforto de tempos a tempos.
- Fornecer informação sobre os serviços e/ou profissionais disponíveis na clínica, centro de saúde ou hospital.
- Deixar que a utente fale sobre as suas preocupações; lembrando-se que esta pode ter dificuldade em revelar ou verbalizar as suas experiências e expressar os sentimentos.
- Para aumentar a compreensão da situação, é fundamental escutar atentamente e prestar atenção às pistas não verbais (por exemplo, linguagem corporal, tom da voz).
- Parafrasear regularmente a informação apresentada pela utente, para confirmar que se entendeu correctamente o que foi dito e evitar mal-entendidos.
- Mostrar preocupação e empatia durante a sessão, prestando atenção ao diálogo com a mulher e mantendo regularmente o contacto visual.
- Criar empatia com a utente quando descrever situações perturbadoras, que eventualmente a façam chorar.
- Explicar-lhe de que forma a pode ajudar.
- Se o objectivo do aconselhamento for consciencializar para a necessidade de abertura de uma infibulação (MGF Tipo III) fornecer informação detalhada acerca do procedimento e informar com recurso a imagens/diagrama sobre a configuração dos órgãos genitais após a defibulação. Garantir que durante o aconselhamento a utente recebe e entende toda a informação sobre os cuidados pós-operatório (ver "Procedimentos para a abertura MGF de Tipo III (infibulação)".
- Se o aconselhamento for direccionado para problemas psicossociais ou sexuais, fazer as perguntas adequadas para obter toda a informação possível. Analisar com a utente diferentes formas de envolvimento e estimulação sexual no contexto da sua intimidade e de casal. Se a utente manifestar

interesse na presença do seu companheiro, aceitar e promover a sua integração na sessão de aconselhamento. É conhecido que nem todos os casos de MGF conduzem à incapacidade de atingir o orgasmo ou de usufruir de prazer sexual. Depende da extensão dos danos provocados, em especial no clítoris. Os problemas sexuais podem dever-se mais ao medo de sentir dor, do que a qualquer disfunção física. Porém, se o acto sexual não for possível, como consequência de infibulação ou de cicatriz extensa, a abertura do estreitamento deverá ser abordada durante o aconselhamento.

- Apoiar a mulher e o seu companheiro, de forma a que possam tomar uma opção informada sobre as etapas a seguir para resolução do problema.
- Auxiliar no processo de decisão, aconselhando sobre os necessários procedimentos.
- Marcar nova consulta para aconselhamento ou acompanhamento para preparação dos passos seguinte.
- Se o problema persistir, encaminhá-los para consulta de especialidade.

O problema poderá não ser resolvido numa única sessão de aconselhamento. Podem ser necessárias várias sessões para a utente resolver o seu problema de relacionamento e atingir um estado de bem-estar. As/os enfermeiras/os ou parteiras/os devem estar preparadas/os para disponibilizar tanto tempo quanto necessário neste processo de aconselhamento.

Role Play ou treino de situações:

- Dividir a turma em subgrupos e distribuir as diferentes situações, garantindo que em cada simulação alguém desempenha o papel de utente e outra pessoa o/a profissional de aconselhamento.

1-Utente com uma fístula vesico-vaginal (FVV).
2-Utente com quelóides na vulva.
3-Utente com hematocolpos (obstrução de fluxo menstrual).
4-Utente procurando aconselhamento para infertilidade.
5-Utente que sofre de dispareunia (dificuldades relacionadas com o acto sexual).
6-Utente que tem problemas ao urinar.
7-Utente que sofre de depressão.

Sintetizar:

Depois da dramatização:
-Perguntar: como se sentiu a utente?
-Perguntar: como se sentiu o/a profissional de aconselhamento?
-Debater as qualidades e conhecimentos demonstrados pelo o/a profissional de aconselhamento.
-Recolher os comentários de todos os subgrupos e debater em plenário.

- Reconhecer que pode ser difícil prestar aconselhamento, mas assegurar que eventuais situações de ansiedade e insegurança de quem faz o aconselhamento serão reduzidas com o tempo e experiência.
- Enfatizar que a base para a orientação e resolução de problemas psicossociais e sexuais é o aconselhamento. O aconselhamento de uma menina ou mulher deverá ser sempre estritamente confidencial. Se a utente tem um companheiro, este deve ser aconselhado separadamente, até que chegue o momento para o fazer como casal. O objectivo do aconselhamento é de auxiliar a utente, casal ou família a aceitar e/ou resolver um problema.

Encerramento da sessão:

- Permitir que a turma possa fazer perguntas e esclarecer os tópicos necessários.
- Terminar a sessão.

Sessão 4: Identificação de complicações psicossociais e sexuais em situações de MGF

Objectivos da sessão
No final da sessão o grupo deverá ser capaz de:

1. Descrever os procedimentos necessários para examinar as meninas, raparigas e mulheres com problemas psicossociais associados à MGF.
2. Descrever as complicações psicossociais associadas à MGF.

Preparação do tema

- Pedir às pessoas presente que partilhem as suas experiências de situações adversas do ponto de vista mental e social.
- Pedir que relembrem uma situação em que uma utente os/as tenha procurado para solucionar um problema de cariz sexual; perguntar como se sentiram.
- Ouvir algumas respostas.
- Recordar que não é fácil para uma utente assumir a existência de um problema sexual, uma vez que é considerado um tema sensível e íntimo. Para além disso, na maioria das comunidades praticantes de MGF, o tema do sexo é tabu. Assim, lidar com problemas sexuais requer conhecimentos e competência específicas.

A sessão

Apresentar a sessão e os seus objectivos.

- Perguntar o que entendem por "psicossocial"?
- Através de um brainstorming ouvir e registar algumas respostas.

Notas:

O termo "psicossocial" refere-se aos aspectos sociais e psicológicos da experiência humana – i.e. como uma pessoa se sente acerca das suas relações com as outras na sociedade.

Os problemas psicossociais e sexuais são identificados através da entrevista a utentes, com recursos às capacidades de comunicação, observação e escuta. Devido à delicadeza do tema, será difícil uma mulher falar directamente sobre um problema psicossocial; pelo que tenderá a apresentar queixas de ordem física. É imperativo que a/o profissional de saúde esteja atento às pistas não verbais dos problemas psicossociais, através da observação da linguagem corporal e tom de voz, que podem ajudar a perceber o sentido que a utente verbaliza e sente. Por vezes sucede que uma mulher apenas chora durante o aconselhamento, o que por si só é indicador do nível de angústia em que se encontra. Deve-lhe ser dado espaço e suporte emocional e "um ombro para chorar".

Conversa breve:

- Colocar as seguintes questões:
  -Quais os problemas sexuais que uma mulher com MGF pode experienciar?
  -Como podem ser identificadas as complicações psicossociais e sexuais da MGF?
- Permitir a reflexão sobre o tema em grupos de dois ou três elementos.
- Permitir a partilha de ideias.
- Registar as respostas.

Sintetizar:

Sintetizar a matéria assinalando os pontos mais importantes, tal como enunciados nas notas.

Notas:

A mutilação genital feminina é frequentemente realizada durante a infância, quando ainda não foi adquirida informação acerca do tema e faz-se frequentemente preceder por actos de mentira, intimidação, coacção e violência realizados por pais, familiares e pessoas amigas, em quem as meninas confiam. Durante esta intervenção dolorosa conduzida sem anestesia ou medicação, as meninas estão conscientes e lutam para se libertarem, pelo que são fisicamente dominadas. Em alguns casos, são forçadas a assistir à mutilação de outras meninas. A experiência de mutilação genital está associada a um grande leque de perturbações mentais e psicossomáticas, tais como:

- As meninas relatam frequentemente perturbações nos seus hábitos de alimentação e sono, assim como no seu humor e capacidades cognitivas. Os sintomas incluem insónia, pesadelos, perda de apetite, perda ou ganho excessivo de peso, ataques de pânico, alteração de humor, dificuldades de concentração e aprendizagem

e outros sintomas de stress pós-traumático. À medida que envelhecem, as mulheres podem desenvolver sentimentos de vazio emocional, perda de auto-estima, depressão, ansiedade crónica, fobias, pânico ou mesmo alterações psicóticas.

- As meninas podem sofrer de sentimentos de traição, amargura e raiva por ter sido sujeitas a tal sofrimento. Isso pode provocar crises de confiança relativamente a amigos e família, com implicações a longo prazo. Pode afectar o relacionamento entre a menina e os seus pais e afectar a sua capacidade para criar laços, no futuro, inclusivamente com os seus próprios filhos/as.
- Por vezes, meninas e mulheres expressam sentimentos de humilhação, inibição e medo, que se tornaram parte da sua vida, como resultado da terem sido sujeitas à mutilação genital feminina.

Problemas sexuais derivados da MGF

- Relação sexual dolorosa (dispareunia), devido ao estreitamento do orifício vaginal, como resultado de infibulação; estenose vaginal; estimulação do nervo dorsal do clítoris, ou neuroma clitoriano.
- Dificuldade ou impossibilidade de penetração nas relações sexuais, devido ao estreitamento do orifício vaginal, como resultado de infibulação ou cicatriz.
- Diversas formas e graus de disfunção sexual causadas por lesão ou corte do clítoris, órgão importante na sexualidade feminina. (O clítoris e os pequenos lábios são providos de um grande número de nervos sensoriais, que estão ligados aos cérebro e desempenham um papel importante no estímulo sexual feminino.)
- Incapacidade de atingir o orgasmo.

Identificação de problemas psicossociais e sexuais

Explicar à turma o processo de identificação de problemas psicossociais e sexuais da seguinte forma:

- Marcar o aconselhamento numa sala em que estejam asseguradas a privacidade e confidencialidade e garantir que a utente tem tempo para conversar.
- Se sim, assegurar que está confortável e sentada perto do/a profissional. O aconselhamento nunca deve ser apressado: se alguma das pessoas intervenientes estiver pressionada por horários, é preferível que se marque novo encontro.
- O/a profissional deve deixar claro quer pela linguagem corporal quer pelo modo como se senta que está disponível para escutar as preocupações da utente e que esta deverá sentir-se confortável para partilhar o que desejar. Encorajar a falar, empregando técnicas que facilitem a comunicação, como o contacto visual, acenos com cabeça ou o uso de interjeições, como “ah ah...”, e escutar atentamente, enquanto observa os sinais não verbais.
- Quando a utente começar a falar abertamente, questionar acerca dos seus hábitos alimentares e padrões de sono. Inquirir acerca das suas menstruações e relações sexuais, com tacto, uma vez que estas questões podem originar constrangimento e prejudicar a comunicação.
- Colocar perguntas “abertas”, de modo a que seja necessário mais que um simples “sim” ou “não” como resposta dando, portanto, a possibilidade de dar explicações mais detalhadas.
- Aplicar continuamente as capacidades de observação para detectar sinais não verbais e em modo de incentivo referir o que foi observando, para que a utente continue o dialogo, desconstruindo eventuais barreiras.
- Escuta activa e empática, demonstrando preocupação.
- Empregar todos os seus recursos internos para tentar entender a concepção do mundo da utente. Poderá não ser fácil no primeiro encontro, portanto marquem novas consultas para explorar os problemas.
- Confortar a utente durante a entrevista, para lhe dar força anímica.
- Avaliar o nível intelectual da utente – ou seja, a sua capacidade para entender informação e compreender a situação.

Cada menina, jovem ou mulher deve ser tratada como pessoa única, com necessidades e problemas únicos. O aconselhamento e os cuidados prestados devem ser adaptados aos seus problemas e necessidades individuais, em vez de conduzidos segundo uma fórmula destinada a um estereótipo fictício ou imagem tipo de utente.

- Não esquecer que, ao longo da sessão de aconselhamento deverá ter em conta a :
  -Privacidade e confidencialidade.
  -Disponibilidade.
  -Criação de uma relação de confiança.
  -Atitude não valorativa.

-Compreensão dos sinais não verbais.
-Utilização de técnicas facilitadoras de comunicação.

- Registar as conclusões e, sempre que pertinente, partilhá-las com as utentes.

Encerramento da sessão:

- Permitir que no final da sessão surjam perguntas e esclareça qualquer ponto que não tenha sido entendido convenientemente.

- Recordar que meninas e mulheres são profundamente traumatizadas pela mutilação genital feminina e que frequentemente não possuem meios e recursos internos para expressar os seus medos e dor, pelo que sofrem em silêncio. Deste modo, todo o apoio concedido é extremamente importante.

Sessão 5: Cuidar de meninas, raparigas e mulheres com complicações psicossociais e sexuais resultantes da MGF

Objectivos da sessão
No final da sessão o grupo deverá ser capaz de:

1. Adquirir conhecimentos que permitam cuidar de meninas e mulheres com complicações psicossociais e sexuais associadas à MGF.

Preparação do tema

- Pedir ao grupo que partilhe as suas experiências na prestação de cuidados a utentes com complicações psicossociais e/ou sexuais derivados da MGF.
- Ouvir algumas respostas.

A sessão

Apresentar a sessão e os seus objectivos.

Recordar, brevemente, quais os problemas psicossociais e sexuais que estão associados à MGF, descritos na sessão anterior (Sessão 4), utilizando as notas.

Notas:

Em alguns casos as meninas, raparigas e mulheres pertencentes a comunidades praticantes de MGF recorrem aos serviços de saúde com múltiplas queixas de problemas físicos, dos quais não se encontram sinais evidentes após exames clínicos. As suas queixas são, muitas das vezes, de origem psicossomática – ou seja, são problemas de ordem psicológica que a utente experiencia, ou "disfarça" e que traduz como desconforto ou dor física. A ansiedade acerca dos seus órgãos genitais ou sobre as relações sexuais pode manifestar-se em sintomas psicossomáticos. Frequentemente, a menina, rapariga ou mulher não está consciente de que os seus sintomas se baseiam em ansiedade de origem psicológica. Porém, em alguns casos a mulher tem consciência do facto de que os sintomas que apresenta não são a causa real dos seus problemas, mas sente-se demasiado inibida para os discutir directamente e procura os serviços de saúde, na esperança que o/a profissional de saúde seja capaz de interpretar os sinais menos óbvios, "ler nas entrelinhas".

Elementos chave no tratamento de complicações psicossociais e sexuais

Os elementos chave no tratamento são:

- Identificação da complicação, através da entrevista – colheita da história clínica.
- Aconselhamento, para a ajudar a identificar e aceitar o problema real – as mais jovens devem ser reencaminhadas para aconselhamento, incluindo o inter pares.
- Encaminhamento das utentes que estejam profundamente perturbadas para tratamento especializado.

Lembrar ao grupo que o aconselhamento é a ferramenta principal utilizada no tratamento das complicações psicossociais e sexuais. O aconselhamento de uma menina, rapariga ou mulher deve ser estritamente confidencial. Se a utente tiver um companheiro, este deverá ser aconselhado separadamente, até que se alcance o momento certo para que possam ser aconselhados como casal. O objectivo do aconselhamento é de auxiliar uma utente, casal ou família a aceitar ou solucionar um problema existente.

Tratamento das complicações psicossociais

- As complicações psicossociais incluem: ansiedade crónica, sentimentos de medo, de humilhação, traição, stress, perda de auto-estima, depressão, fobias e ataques de pânico. Estes podem manifestar-se como sintomas psicossomáticos, tais como pesadelos, perturbações de sono, alterações de humor ou capacidades de aprendizagem, perda de apetite, perda ou ganho excessivo de peso e percepção negativa do seu corpo.

Explicar à turma que o processo de tratamento dos problemas psicossociais deve ser conduzido da seguinte forma:

-Examinar a utente para determinar qual a complicação em concreto.

-Aconselhar a utente e, se aplicável, o seu companheiro.

-Se a utente sofrer de MGF do Tipo III,

aconselhá-la acerca da necessidade da sua abertura (defibulação).
-Se sofrer de outros tipos de MGF, aconselhá-la até que esteja recuperada dos sintomas resultantes.
-Se os sintomas forem graves, encaminhá-la para tratamento subsequente.

Prestação de cuidados em complicações sexuais

Relação sexual dolorosa (dispareunia)

Explicar à turma que o tratamento deste problema é feito da seguinte forma:

- Entrevistar a utente para identificar o problema real.
- Examinar a utente para determinar o tipo de MGF.
- Se a abertura do estreitamento do orifício vaginal estiver indicada, aconselhar a utente e o seu marido ou companheiro acerca da necessidade da intervenção e obter o seu (da paciente) consentimento informado. Seguir o procedimento para abertura e tratamento (ver Sessão 8 do presente módulo).
- Administrar antibióticos e analgésicos.
- Quando a abertura não for recomendável encorajar os preliminares e utilização de gel lubrificante durante o acto sexual para promover um estímulo máximo.
- Acompanhar a utente para avaliar os progressos alcançados.
- Aconselhar a mulher e o seu marido ou companheiro sobre a importância de discutir os assuntos sexuais.
- Convidá-los a regressar à consulta sempre que tenham problemas.
- Aconselhar o casal sobre as alterações que devem esperar como resultado da defibulação – por exemplo, mudanças quer no fluxo de urina quer no acto sexual.
- Se a complicação sexual for grave e recorrente, encaminhar a utente para consulta de especialidade.

Outras complicações sexuais

Um exemplo destas é a dificuldade ou incapacidade de penetração pelo marido ou companheiro.

Explicar à turma que o tratamento de problemas semelhantes deve ser feito da seguinte forma:

- Determinar o tipo de MGF.
- Entrevistar a utente para identificar o problema.
- Aconselhamento de casal.
- Obter o consentimento informado para a defibulação/abertura do estreitamento.
- Seguir os procedimentos para abertura. (ver Sessão 8 do presente módulo)

Documentação da MGF

Instruir a turma para que registe e documente sempre o tipo de MGF e as complicações associadas.

Narração de história:

- Narrar uma história em que um homem tenha cortado o períneo da sua mulher, com o objectivo de abrir o estreitamento existente, para que a penetração fosse possível.
- Perguntar ao grupo quem pensam que tem o direito de decidir sobre a abertura do estreitamento.
- Pedir-lhes que justifiquem as suas respostas.
- Recordar que esta é uma questão de Direitos Humanos. Os Direitos Humanos envolvidos nesta história são o direito a viver livre de tortura e o direito à auto-determinação.

Sintetizar:

Relembrar que o aconselhamento é a base para o tratamento de complicações psicossociais e sexuais, e que deverá ser prestado tanto à utente como ao seu marido ou companheiro.

Encerramento da sessão:

- Com base em perguntas e respostas sobre a prestação de cuidados a utentes com complicações psicossociais e sexuais associados à MGF, certificar-se que formandos/as assimilaram a matéria.
- Esclarecer quaisquer tópicos que possam não ter sido compreendidos.
- Terminar a sessão.

Sessão 6: Referenciação e encaminhamento

Objectivos da sessão
No final da sessão a turma deverá ser capaz de:

1. Identificar complicações que necessitem de tratamento especializado subsequente, tais como fístulas, depressão ou infertilidade.
2. Identificar instituições e profissionais capazes de encaminhar e tratar complicações específicas.

Preparação do tema

- Pedir que recordem a sua própria experiência, no encaminhamento de utente, para tratamento posterior.
- Perguntar-lhes que procedimentos seguiram.
- Ouvir algumas perguntas.

A sessão

Apresentar a sessão e os seus objectivos.

Palestra:

Informar que o encaminhamento é um acto essencial, sendo entendido como uma competência técnica. Se as utentes não estiverem devidamente informadas sobre onde se dirigir e a necessidade de encaminhamento, o processo pode falhar e a utente permanecer sem tratamento. Para além disso, a MGF é um tema delicado e uma mulher que inicialmente tenha contactado um/a profissional de saúde, com quem tenha estabelecido uma relação de confiança, pode, ainda assim, encarar o encaminhamento como uma experiência intimidante.

- Pedir à turma que identifique complicações derivadas de MGF onde tenham sentido a necessidade de encaminhar para tratamento posterior:
  -Hemorragia grave que necessite de transfusão sanguínea.
  -Cálculos.
  -Fístulas vesico-vaginais ou fístulas recto-vaginais.
  -Quisto dermóide.
  -Neurinoma clitoriano.
  -Infertilidade.
  -Depressão.
  -Parto obstruído/obstrução do canal de parto.

- Explicar que o encaminhamento pode ser necessário porque:
  -O tratamento da complicação transcende as competências específicas daquele/a profissional de saúde.
  -O estabelecimento de saúde não possui equipamento ou recursos necessários para o diagnóstico ou tratamento.
- Informar que, em alguns países e situações, um estabelecimento de saúde é classificado como unidade de encaminhamento se possui:
  -As infra-estruturas necessárias para diagnóstico e tratamento.
  -Competências técnicas necessárias.
  -Equipamento adequado.

- É importante definir quem faz o encaminhamento:
  -Identifique as limitações do estabelecimento de saúde.
  -Saiba quais os serviços e profissionais disponíveis e quais, entre esses, são os mais adequados para as diferentes complicações.
  -Realize adequadamente o acolhimento e exame da utente.
  -Forneça a informação e aconselhamento necessários que garantam que a utente segue o encaminhamento.
  -Documente cuidadosamente os dados clínicos obtidos do exame e as medidas tomadas antes do encaminhamento.

- A nota de encaminhamento deverá incluir a seguinte informação:
  -Os dados demográficos da mulher, incluindo a idade, estado civil e outra informação relevante.
  -Sumário da história clínica.
  -Observações clínicas.
  -Cuidados prestados até ao momento.
  -Justificação para o encaminhamento.

Procedimentos para o encaminhamento de utentes

Informar que um processo de encaminhamento consiste:

- Geralmente, a necessidade de encaminhamento surgirá durante o levantamento da história clínica ou durante a observação clínica/exame ginecológico da utente.
- Informar a utente acerca da existência de

uma complicação que requer tratamento especializado.
- Apresentar-lhe os factos e a justificação para o encaminhamento.
- Certificar-se de que a utente entende o que lhe foi transmitido. Envolver terceiros, tais como o seu marido ou parceiro, que a acompanharão ao estabelecimento ou serviço referido, caso a mulher concorde.
- Fornecer-lhe informação detalhada sobre o que esperar e fazer no estabelecimento ou serviço de saúde para o qual foi encaminhada.
- Redigir a carta de encaminhamento e entregá-la à mulher e/ou aos seus acompanhantes e instruí-los detalhadamente sobre quem irá recebê-la e tratar.
- Pedir à utente que, depois de ter recebido tratamento regresse ao serviço de origem para uma nova consulta, para assegurar o acompanhamento e avaliação da evolução dos progressos alcançados.
- Pedir à utente que repita a informação que recebeu, para confirmar a sua compreensão.
- Desejar-lhe sucesso e boa sorte para tratamento e dizer-lhe que se encontrarão posteriormente para a consulta de acompanhamento e avaliação.

Demonstração:

- Proceder à demonstração de uma situação de encaminhamento para tratamento subsequente.
- Pedir a um/a formando que desempenhe o papel de utente, enquanto o/a docente desempenha o papel de profissional de saúde.
- Depois da demonstração do processo, pedir à turma que demonstrem outras situações de encaminhamento.
- Pedir-lhes que desenvolvam o exercício em pares, alternando os papéis.
- Fornecer situações previamente elaboradas para que as possam ensaiar (por exemplo, Fístula vesíco-vaginal, depressão profunda ou infertilidade, etc.).
- Enquanto desenvolvem o exercício, deve andar pela sala, observando as demonstrações e orientando sempre que necessário.

Sintetizar:

- Permitir que partilhem as suas experiências de simulação de encaminhamento e colocar perguntas para esclarecer a matéria.
- Sintetizar os pontos mais importantes.

Encerramento da sessão:

- Fazer perguntas para testar a compreensão da matéria.
- Terminar a sessão.

Prática clínica:

- Colocar os/as formandos/as em ambiente clínico para que pratiquem os conhecimentos adquiridos.
- Garantir a necessária supervisão.
- Registar as competências adquiridas usando para o efeito uma grelha de avaliação.
- Comparar conhecimentos e competência no início e final do curso/sessão.

Sessão 7: Planeamento familiar e MGF

Objectivos da sessão
No final da sessão a turma deverá ser capaz de:

1. Identificar o tipo de MGF que uma menina, rapariga ou mulher sofreu.
2. Identificar um método de planeamento familiar adequado.

Preparação do tema

- Perguntar se alguma vez observaram mulheres com MGF nas consultas de planeamento familiar e quais os problemas com que se depararam.
- Ouvir algumas respostas.

A sessão

Apresentar a sessão e os seus objectivos.

Informar que o planeamento familiar é tão adequado para raparigas e mulheres com MGF como para quaisquer outras utentes. Os critérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos, estabelecidos pela OMS, deverão ser usados para determinar quais os métodos contraceptivos mais indicados para estas mulheres.

As mulheres infibuladas podem ter dificuldades na utilização de métodos que impliquem inserção vaginal ou a aplicação de dispositivo intra-uterino.

Independentemente do tipo de MGF, estas mulheres estão mais sujeitas a infecções do sistema urinário, os dispositivos ou sistemas intra-uterinos deverão ser sempre aplicados após ponderação cuidada. Quando uma paciente com MGF é aconselhada em planeamento familiar, a história clínica deve ser feita com empatia, tranquilizando a utente, garantindo-lhe que conjuntamente encontrarão o método contraceptivo adequado às suas necessidades. É importante realizar o exame ginecológico para identificar o tipo de MGF e certificar-se que não existem outras complicações a necessitar de atenção particular, incluindo infecções.

Palestra:

- Rever os métodos de planeamento familiar, em especial aqueles que impliquem inserção vaginal, tais como:
  -Dispositivo intra-uterino;
  -Preservativo feminino;
  -Comprimidos ou espuma de aplicação vaginal;
  -Anel vaginal;
  -Esponja vaginal;
  -Diafragma;
  -Capa cervical.

Debate em pequenos grupos:

- Dividir a turma em grupos de 6 a 8 elementos.
- Perguntar que problemas uma mulher com MGF pode encontrar na procura de um método contraceptivo adequado.
- Reservar 30 minutos para debate.
- Pedir aos grupos que, um por um, partilhem as suas ideias com a turma.
- Reservar 40 minutos para este exercício.

Sintetizar:

- Informar o grupo que podem deparar-se com os seguintes problemas nas consultas de planeamento familiar:
  -As mulheres com MGF podem hesitar em recorrer às consultas, por se sentirem embaraçadas com o aspecto da sua vulva.
  -Pode existir alguma dificuldade por parte do profissional de saúde na realização do exame vaginal.
  -Pode ser difícil utilizar um método contraceptivo que implique inserção vaginal.
  -Uma utente com MGF pode estar impossibilitada de usar vários métodos contraceptivos, mas não todos.

Notas:

A tabela da página seguinte apresenta os vários métodos contraceptivos e os vários graus de MGF.

Método contraceptivo	MGF de Tipo I	MGF de Tipo II	MGF de Tipo III (infibulação)	MGF de Tipo IV
Via Oral ? Estroprogestativo Combinado e Progestativo Oral	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).
Injectável (DMPA®)	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).
Dispositivos Intra-Uterinos (DIUs): Cu e LNG - 20	Pode ser utilizado, segue os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS); porém, as pacientes podem sofrer de infecções o que torna importante excluir casos de infecção.	Pode ser utilizado, após exame do estreitamento do orifício vaginal, uma vez que a escarificação excessiva pode impedir a introdução confortável do DIU. Nos exames, pesquisar infecções. Seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).	Não pode ser utilizado, uma vez que o estreitamento do orifício vaginal é exagerado. Caso seja a única opção, aconselhar a defibulação.	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).
Métodos de barreira: -Preservativo masculino ou feminino -Espermicidas (comprimidos e espumas) -Diafragma -Capa cervical	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).	Pode ser muito difícil de utilizar, uma vez que o estreitamento do orifício vaginal é exagerado e, na maior parte dos casos, não permite a inserção sequer da ponta de um dedo. Caso seja a única opção, aconselhar a defibulação.	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).
Implantes Norplant (NOR)	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).
Métodos naturais	-	-	-	-
- Método sintotérmico	Pode ser utilizado, com formação.	Pode ser utilizado, com formação.	Pode ser utilizado, com formação.	Pode ser utilizado, com formação.
- Método da temperatura basal	Pode ser utilizado, com formação.	Pode ser utilizado, com formação.	Pode ser utilizado, com formação.	Pode ser utilizado, com formação.
- Método do calendário	Pode ser utilizado, com formação.	Pode ser utilizado, com formação.	Pode ser utilizado, com formação.	Pode ser utilizado, com formação.
- Método do muco cervical (Método de ovulação Billings)	Pode ser utilizado, com formação; excluir infecção.	Pode ser utilizado, com formação; excluir infecção.	Não pode ser utilizado porque o teste do muco cervical é bastante dificultado, uma vez que as secreções ficam retidas.	Pode ser utilizado, com formação; excluir infecção.
- Método de amenorreia lactacional (LAM)	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).	Pode ser utilizado, seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS).

8 Nota de tradutor: DMPA®: acetato de medroxiprogesterona.

Sessão 8: Procedimentos de defibulação (abertura de MGF de Tipo III)

Objectivos da sessão
No final da sessão a turma deverá ser capaz de:

1. Identificar MGF de Tipo III.
2. Avaliar se existe necessidade de praticar a defibulação.
3. Demonstrar as competências técnicas para a prática da defibulação.

Preparação do tema

- Perguntar à turma se alguma vez observaram utentes com MGF de Tipo III.
- Perguntar-lhe quais os problemas que a utente apresentava.

A sessão

- Apresentar a sessão e os seus objectivos.
- Rever a matéria sobre a MGF do Tipo III.
- Perguntar se alguma vez presenciaram ou conduziram uma intervenção de abertura de infibulação (defibulação).
- Deixar que partilhem as suas experiências.

Palestra:

Informar que a defibulação apenas deverá ser realizada depois do aconselhamento da utente. Se a mulher for casada, é importante que o marido seja aconselhado em sessões separadas. Os homens necessitam de aconselhamento psicossexual para ajudar a lidar com as alterações a nível da relação sexual. O casal pode ser aconselhado em conjunto, quando for necessário ou adequado.

Recomendação para a intervenção da defibulação

Em muitos casos, recomenda-se a abertura de uma infibulação quando exista:

- Retenção urinária (frequente em crianças).
- Infecção recorrente do tracto urinário ou dos rins.
- Infecção grave do tracto genital.
- Hematocolpos.
- Complicações menstruais graves.
- Dificuldade com a penetração durante o acto sexual.
- Aborto incompleto.
- Interrupção da gravidez.
- Parto.
- Complicações ginecológicas no tracto genital.
- Doenças ginecológicas em mulheres seniores, que necessitem de exame manual ou com espéculo ou tratamento vaginal.
- Para utilização de certos métodos contraceptivos, em planeamento familiar.
- Para fins religiosos ou de purificação espiritual.
- Por questões estéticas.

Preparação da utente

Na preparação da utente (do seu marido ou companheiro ou acompanhantes, quando aplicável), deverão seguir-se os seguintes procedimentos:

- Informá-la sobre os órgãos genitais externos femininos, dando-lhe consciência das diferenças entre genitais saudáveis e infibulados, com recurso a desenhos ou modelos anatómicos.
- Fornecer informação sobre complicações associadas à infibulação.
- Esclarecê-la sobre a legislação aplicável à MGF no país (no caso de comunidades migrantes fornecer informação sobre a legislação no país de origem e no país de acolhimento).
- Apresentar informação completa e clara acerca da intervenção e certificar-se de que foi compreendida. Informar a utente que as incisões serão suturadas separadamente de modo a impedir o estreitamento.
- Debater cuidadosamente, com a mulher, com o seu companheiro ou acompanhantes, o grau de abertura necessário. E garantir o acordo na decisão informada sobre o assunto.
- Informar a utente sobre as alterações físicas que resultarão da operação. Esta informação deverá ser apresentada ao seu companheiro, uma vez que terá impacto na micção, fluxo menstrual e relação sexual.
- Se uma família recusar o consentimento para abertura da infibulação de uma menina ou adolescente (por medo de rejeição pelos membros da família e da sua comunidade), a apresentação de um certificado médico pode ajudar a tranquilizar essas preocupações.
- Aconselhar a utente sobre a operação.

Podem ser necessárias várias sessões para a preparar psicologicamente para a intervenção. Caso necessário, o seu companheiro e/ou tutores deverão igualmente ser aconselhados.

- Deixar bem claras, à utente (e restantes presentes, se aplicável), as razões para a realização da intervenção. Pode acontecer que a mulher esteja indecisa sobre a abertura da sua infibulação; pode desejá-lo, mas temer as consequências. O aconselhamento deverá ajudá-la a tomar uma decisão informada sobre a opção.
- Tranquilizá-la sobre as questões da privacidade e confidencialidade.
- Se a utente for imigrante, e falar um idioma diferente, não dominado pelo pessoal médico, assegurar a presença de intérprete que seja aceite por ela.
- Discutir as opções para alívio da dor.
- Certificar-se de que todos os registos clínicos e documentação necessários são preenchidos.

Preparação do equipamento e material necessário

Preparar um tabuleiro com compressas esterilizadas, tesouras direitas, dilatador, duas pinças hemostáticas, cubeta, uma seringa de 5 ml e agulhas, anestésico local, fio de sutura, lubrificante, toalha esterilizada ou campo operatório descartável, luvas esterilizadas, solução anti-séptica e um recipiente para os instrumentos usados. Ter disponível água e sabão para lavar as mãos.

A intervenção

- Certificar-se de que a utente está confortável na marquesa.
- Usar todas as técnicas de comunicação aprendidas (facilitadores de comunicação).
- Rever com a utente o que se discutiu anteriormente sobre a operação. Sublinhar que a infibulação é a principal causa para as complicações que tem sofrido, e que a sua abertura aliviará esses problemas.
- Garantir total privacidade e confidencialidade.
- Lavar as mãos, colocar as luvas, expor os órgãos genitais e limpar a área do períneo, usando compressas anti-sépticas.
- Introduzir lenta e cuidadosamente o dedo indicador, pinça ou dilatador na abertura, para afastar o tecido de cicatriz (ver Figuras 4.1 e 4.2)

Figura 4.1: Introduzir dedo(s) sob a cicatriz.

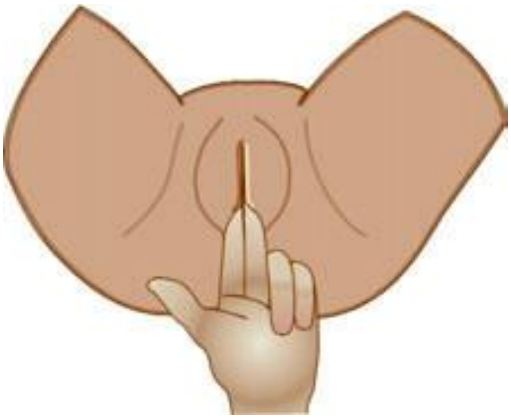
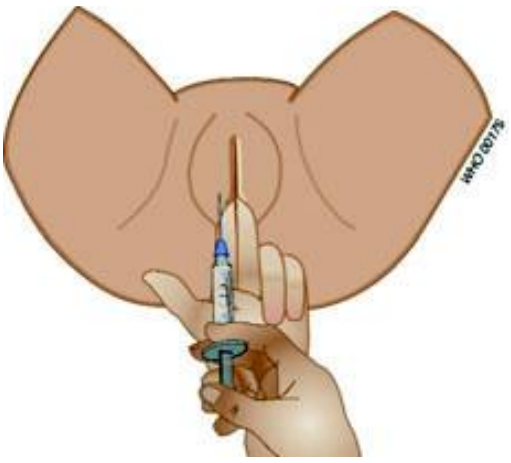


Figura 4.2: Introduzir dilatador sob a cicatriz

- Infiltrar 2 a 3 ml de anestésico local na área onde a incisão será feita, ao longo da cicatriz e em ambos os lados da cicatriz (ver figura 4.3).

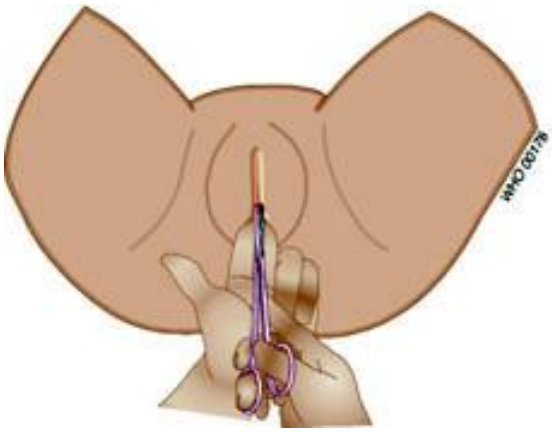
Figura 4.3: Infiltrar a região da cicatriz com anestesia local.



- Com o dedo ou dilatador dentro da cicatriz, introduzir a tesoura e orientar o corte da cicatriz com os dedos, para evitar lesionar os tecidos adjacentes (ou o bebé, se a

intervenção é realizada durante o trabalho de parto).
- A incisão deve ser feita ao longo da linha central da cicatriz, em direcção ao púbis.

Figura 4.4: Abrir a cicatriz, por meio de incisão



- Tomar cuidado para não lesionar os órgãos sob a cicatriz (uretra, pequenos lábios e clítoris). É comum, em MGF de Tipo III, encontrar os órgãos sob a cicatriz intactos (por exemplo, o clítoris ou os pequenos lábios).
- Cortar ao longo da linha longitudinal, ao centro, para expor o meato urinário. Não cortar para além da uretra. A extensão da incisão pode provocar hemorragia, que será de difícil controlo. Uma incisão de 5 a 7 cm em direcção da uretra é geralmente adequada. Regra geral, a hemorragia produzida será pequena, dada a vascularização relativamente reduzida dos tecidos.

Figura 4.5: Infibulação aberta.

Figura 4.6: Lados da cicatriz aberta suturados.

- Suturar os lados vivos da incisão separadamente, utilizando fio de sutura simples 3/0 para assegurar hemostase e evitar a aderência dos tecidos.
- Deve garantir-se que a utente não sinta dor, uma vez que isso pode reforçar as ideias negativas sobre a defibulação. Deste modo, deverão ser prescritos analgésicos após a intervenção.
- Também podem ser prescritos antibióticos, dependendo da situação.

Cuidados pós-operatório:

- É importante acompanhar as utentes que tenham sido submetidas a uma intervenção de defibulação.
- Muitas mulheres relatam o aumento da sensibilidade na zona da vulva, anteriormente coberta pelo tecido da cicatriz, durante 2 a 4 semanas após a operação. Também relatam desconforto por sentirem os genitais húmidos e por lhes parecer sentir a entrada de ar na vulva.
- Preparar a mulher para estas sensações, explicando-lhe que haverá alterações na aparência dos órgãos genitais e que provavelmente sentirá maior sensibilidade, durante algum tempo. Tranquilizá-la, informando-a que a sensibilidade desaparecerá e que se habituará à sensação de humidade nos genitais.
- Sugerir que lave a zona genital utilizando para o efeito água quente com sal (ou produto aconselhado) três vezes por dia, secando a zona com cuidado. Pode prescrever-se a aplicação de loção calmante durante uma a duas semanas.
- Informar a utente e o seu marido sobre quando retomar a actividade sexual, o que

pode acontecer 4 a 5 semanas após a intervenção, para permitir que a ferida cicatrize convenientemente. Este tema pode necessitar de aconselhamento, ao longo de várias sessões. O aconselhamento de assuntos de carácter sexual requer grande sensibilidade, devendo ser adaptado de acordo com as necessidades de cada utente e da sua família, tendo em atenção algumas questões de carácter sociocultural.

- Recordar a importância da higiene pessoal.
- Marcar nova consulta, para acompanhamento do processo de recuperação e para abordar os assuntos que tenham surgido entretanto, relacionados com os genitais, com o relacionamento sexual ou outros.
- As consultas ou visitas ao domicílio são ideais porque a utente e a família necessitam de acompanhamento depois da operação, para lidar adequadamente com as mudanças causadas pela abertura de MGF de Tipo III. Os companheiros homens, em particular, precisam de aconselhamento psicossexual para os ajudar a compreender e aceitar as mudanças na relação sexual e para garantir que não tentam convencer a utente a submeter-se a uma reinfibulação.
- Nos casos em que a mulher seja encaminhada para acompanhamento pelos serviços comunitários, de saúde pública ou outros, o/a profissional que conduziu a intervenção deve fornecer informação explícita aos profissionais de saúde, que serão responsáveis pelos cuidados pós-operatórios, para assegurar a continuidade dos cuidados prestados.

Simulação:

- Demonstrar a intervenção de abertura da infibulação num modelo[9], servindo-se dos tópicos para a palestra anteriormente apresentados.
- Assistir à demonstração/simulação de dois ou três formandos/as.

Sintetizar:

- Comentar as demonstrações/simulações e clarificar informação e técnicas necessárias.
- Sublinhar os pontos mais importantes.

Observação e prática clínica:

- Organizar a observação clínica do grupo.
- Organizar a prática clínica supervisionada.
- Avaliar a competência de cada estudante/a na realização da operação, usando a checklist apresentada em apêndice.

Encerramento da sessão:

- Colocar questões ao grupo para se certificar de que compreenderam a matéria e esclarecer os tópicos necessários.
- Terminar a sessão.

9 O Comité Inter-Africano para as Práticas Prejudiciais tem um modelo que demonstra os diferentes tipos de MGF. Os modelos pélvicos utilizados para ensino de enfermagem ou obstetrícia podem ser alterados conforme necessário.

MÓDULO 4: PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE A MULHERES COM MGF DURANTE A GRAVIDEZ, TRABALHO DE PARTO E PÓS-PARTO

O presente módulo é, tal como o anterior, orientado para a intervenção. Destina-se a preparar profissionais de saúde para que saibam actuar e identificar as complicações relacionadas com a MGF durante a gravidez, o trabalho de parto e o pós-parto. O módulo apresenta orientações sobre aconselhamento, abertura de MGF do Tipo III e tratamento de outras complicações associadas à MGF.

Âmbito do módulo

O módulo pode ser usado como complemento à formação prática de profissionais de enfermagem, obstetrícia e ginecologia.

Objectivos

No final do módulo, o grupo deverá ser capaz de:

- Identificar complicações obstétricas resultantes de MGF.
- Prestar cuidados a mulheres que sofram de complicações derivadas de MGF, durante a gravidez, o parto e o pós-parto.
- Demonstrar conhecimentos técnicos para realizar defibulação na gravidez e no parto.
- Demonstrar conhecimentos/técnicas em aconselhamento.
- Enumerar os procedimentos necessários para tratamento subsequente, quando as complicações ultrapassem as suas competências.

Pré-requisitos

Este módulo implica possuir os seguintes conhecimentos:

- Conhecimento de obstetrícia (cuidados pré-natais, durante o trabalho de parto e pós-parto).
- Conhecimentos de primeiros socorros e reanimação.
- As competências adquiridas com os módulos 1, 2 e 3.

Competências

No final deste módulo, os/as formandos/as deverão ter obtido as seguintes competências:

- Capacidade para reconhecer as complicações específicas que possam ocorrer como consequência da MGF, durante:
  -A gravidez.
  -O trabalho de parto.
  -O parto.
  -O pós-parto.

Material Auxiliar de Ensino

O material pode incluir:

- Diapositivos, gráficos, cartazes e imagens,material de desinfecção (tabuleiro, tesouras, compressas, suturas, bonecos (modelos) e anti-sépticos).

Sessões

	Tempo em horas
Sessão 1: Avaliação e cuidados durante a gravidez a mulheres com MGF	3
Sessão 2: Complicações obstétricas durante o trabalho de parto e o parto	2
Sessão 3: Observação e prestação de cuidados a mulheres com MGF, durante o trabalho de parto e o parto	4
Sessão 4: Prestação de cuidados no pós parto de mulheres com MGF	3

Sessão 1: Avaliação e cuidados durante a gravidez em mulheres com MGF

Objectivos da sessão
No final da sessão o grupo deverá ser capaz de:

1. Determinar o tipo de MGF encontrado e avaliar de que forma afecta a mulher durante a gravidez.
2. Identificar as complicações derivadas da MGF, durante a gravidez.
3. Descrever os cuidados a prestar mulheres com MGF dos Tipos I, II e IV, durante a gravidez.
4. Descrever os cuidados a prestar a mulheres com MGF de Tipo III, durante gravidez.

Preparação do tema

- Pedir ao grupo que partilhe as suas experiências relativas ao cuidado de mulheres com MGF, durante a gravidez .

A sessão

- Apresentar a sessão e os seus objectivos.
- Rever os diferentes tipos de MGF e consequentes complicações obstétricas durante a gravidez.
  -O estreitamento do orifício vaginal pode dificultar os exames vaginais; como por exemplo, durante a avaliação de hemorragia pré-natal ou no tratamento de abortos incompletos.
  -As infecções urinárias, comuns em mulheres com MGF, podem afectar o normal desenvolvimento da gravidez.
  -As infecções pélvicas crónicas, comuns em mulheres com MGF, podem afectar o normal desenvolvimento da gravidez e provocar aborto.
  -Os abcessos vulvares podem provocar à mulher, dor e desconforto.
  -Os quistos dermóides e quelóides podem causar desconforto e obstruir o parto.
  -Como resultado da MGF, podem surgir problemas de cariz psicossocial e sexual.

Complicações associadas com a MGF

Recordar que, nas comunidades em que a MGF existe, as mulheres que se dirijam aos serviços de saúde podem apresentar vários tipos de MGF. As complicações associadas à MGF, durante a gravidez, podem ser identificadas através da história clínica e durante o exame pélvico.

- As mulheres grávidas que têm uma MGF sentem frequentemente ansiedade quando recorrem aos serviços de saúde, devido à mutilação genital a que foram sujeitas. Podem temer ser examinadas por um/a profissional de saúde que por desconhecimento recomende intervenções desnecessárias, como por exemplo cesariana. Há que fazer com que as mulheres com MGF se sintam bem recebidas e respeitadas. O/a profissional deverá assegurar que sabe lidar com as questões da MGF e garantir que as mulheres recebam todos os cuidados necessários e que não são sujeitas a intervenções desnecessárias.
- A pessoa que presta os cuidados de saúde e que trabalha com comunidades imigrantes deve estar familiarizada com os diferentes contextos culturais, deverá estar atenta para a abordagem respeitosa e tolerante das crenças, valores e atitudes das mulheres com MGF. Do mesmo modo, deverá garantir que os seus valores pessoais e culturais não interferem com os cuidados prestados à utente.
- No caso de se recorrer aos serviços de intérprete, esta terceira pessoa deverá ser aceite pela utente e tomar uma postura imparcial, sob pena de que as suas crenças e valores interfiram na tradução.
- Durante o exame, é fundamental que se crie uma relação de confiança com a utente, através de:
  -Uso das competência de comunicação interpessoal.
  -Garantia de privacidade e confidencialidade.
  -Demonstração de respeito e tolerância.
- Durante o exame, pesquisar situações que possam interferir com os exames ou tratamento vaginais, ou que possam provocar problemas durante o trabalho de parto e o parto, como por exemplo:
  -Estreitamento do orifício vaginal.
  -Infecções.
  -Abcessos.
  -Quistos e quelóides.
- Registar o tipo de MGF e as complicações identificadas.

O conhecimento dos diferentes Tipos de MGF é muito importante para que profissionais de saúde possam evitar colocar perguntas embaraçosas às utentes.

Mulheres com MGF de Tipos I, II e IV, durante a gravidez

- As mulheres que sofrem de MGF necessitam de cuidados pré-natais específicos. A MGF de Tipo I, II e IV pode provocar cicatrizes na vulva e vagina que podem constituir obstruções a exames e ao parto. A infecção e inflamação de uma MGF pode resultar em aderências vulvares que estreitem e/ou obstruam por completo o orifício vaginal. A introdução de ervas ou outras substâncias pode também provocar cicatrizes e estenoses.
- Quando a MGF de Tipo I, II e IV não resultar em qualquer tipo de complicações, a mulher não precisa de tratamento especial durante a gravidez. Deve explicar-se à utente que não corre risco e incentivar a que coloque as perguntas que queira quer sobre a excisão ou qualquer outro tema relacionado com a gravidez. Deve reservar-se tempo para a aconselhar sobre as relações sexuais e para a apoiar. Apresentar informação adicional, como por exemplo, fornecendo folhetos sobre a MGF e caso necessário com recurso a modelos anatómicos. Durante as visitas de acompanhamento, perguntar à utente se precisa de algum tipo de ajuda. Não inquirir sobre a sua excisão salvo se a mulher abordar o assunto.
- A gravidez representa uma boa oportunidade para educar/informar uma mulher acerca de:
  -Cuidados básicos de Saúde.
  -Diferenças entre órgãos genitais saudáveis e com MGF.
  -Parto e cuidados pós-natais.
- É importante estar ciente de que muitas mulheres encaram a gravidez e o parto com medo do resultado, inclusive de morte. Assim, durante estes períodos poderão ser necessários reforços no apoio e aconselhamento prestados .

Mulheres com infecções vaginais:

- Nos casos em que as infecções sejam graves, e nos casos em que estejam disponíveis infra-estruturas laboratoriais, enviar uma colheita vaginal para diagnóstico.
- Administrar antibióticos.
- Prescrever tratamento ao marido/companheiro quando necessário.
- Aconselhar utente e companheiro sobre o problema e acompanhar de perto a evolução do tratamento.

Mulheres com abcessos:

- Administrar antibióticos e aconselhar sobre os cuidados de higiene.
- Marcar com a utente uma consulta de acompanhamento, de modo a monitorizar a evolução do caso.
- Se o abcesso tiver dimensões consideráveis e necessitar de intervenção cirúrgica, encaminhar a utente para tratamento subsequente e recomendar o parto em ambiente hospitalar.
- Acompanhar de perto a evolução do tratamento.

Mulheres com infecções vaginais:

- Reencaminhar a mulher para o parto em ambiente hospitalar onde existam condições para a realização de uma cesariana, caso seja necessária.

Mulheres com MGF de Tipo III, durante a gravidez

- Examinar a utente, com o objectivo de confirmar a existência de MGF de Tipo III. Não esquecer a necessidade de técnicas de comunicação específicas durante a história clínica e durante o exame pélvico. O exame vaginal para confirmação de infibulação não é necessário, uma vez que esta complicação é facilmente identificada apenas por observação.
- Em algumas comunidades, a MGF de Tipo III pode não ser a forma de MGF habitual, afectando apenas uma fracção da população. Nas áreas onde a MGF de Tipo III é comum, deverá observar-se a região vulvar durante a primeira visita pré-natal, como rotina.
- As mulheres com estreitamento do orifício vaginal (isto é, com uma abertura de 1 cm ou menos) correm especial risco de sofrer lesões no períneo, durante o parto. Como regra geral, se o meato urinário for visível (ou seja, se não existir obstáculo do meato urinário), ou se for possível introduzir dois dedos na vagina sem provocar desconforto, a mutilação não deverá provocar problemas físicos de maior durante o parto. Se a utente já tiver grávida anteriormente, as suas experiências de parto podem ajudar a perceber se terá problemas.
- É importante criar empatia com a utente porque se trata de informação que a própria pode considerar delicada ou tabu. Deverá obter-se o seu consentimento antes de um exame genital.

- O registo na ficha clínica (desenho) do aspecto da vulva pode evitar a repetição de exames físicos.
- Apresentar à utente informação sobre os efeitos da MGF na gravidez e parto, fornecendo-lhes dados sobre a anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino.
- Aconselhar a mulher e o seu marido/companheiro (e/ou outros familiares, quando aplicável) sobre a importância da defibulação antes do parto. Apresentar e debater a importância clínica de não reinfibular após o parto. Fornecer informação detalhada sobre as mudanças espectáveis em funções como a micção e o acto sexual.

Idealmente, a defibulação deverá ser conduzida durante o segundo trimestre da gravidez. A abertura realizada entre a vigésima e a vigésima oitava semana da gravidez garante tempo suficiente para que a ferida cicatrize antes do parto. Não é aconselhável que se realize a abertura no primeiro trimestre. A razão para tal é que o risco de aborto espontâneo é maior durante este trimestre. Se, depois da intervenção de abertura, o aborto espontâneo acontecer, pode ser interpretado como consequência directa da defibulação: a utente pode culpar a operação pelo aborto e divulgar que a defibulação é perigosa.

- Seguir os procedimentos para defibulação, como descrito anteriormente.
- Informar a utente da importância dos cuidados de higiene e da necessidade de manter a vulva limpa e seca.
- Informar a utente e o seu marido ou companheiro, do momento recomendado para retomar a actividade sexual. Devem ser advertidos para aguardar até que a ferida cicatrize – normalmente, 4 a 6 semanas depois da intervenção.
- Marcar consulta de acompanhamento para uma semana depois, de modo a avaliar o desenvolvimento da recuperação.
- A informação sobre a defibulação terá de ser anotada nos registos pré-natais.
- Após a defibulação, pode ser possível à mulher dar à luz com o períneo intacto. A episiotomia deverá apenas ser realizada caso seja necessária, não por rotina.
- A defibulação durante a gravidez tem vantagens para além da preparação do parto. Implica que:
  -Possam obter-se amostras de urina limpas.
  -Infecções vaginais, ruptura prematura de membranas e hemorragia vaginal possam ser investigadas, caso ocorram.
- As mulheres que recusem a defibulação durante a gravidez deverão ser informadas dos perigos associados à infibulação durante o parto e aconselhadas a parir em estabelecimento hospitalar, quando a prática local seja a do parto no domicílio.

O período pré-natal é uma oportunidade para a educação e informação das mulheres (e outros familiares, quando possível) por profissionais de saúde, acerca das consequências da MGF. Os objectivos devem ser de desencorajar submeterem as suas filhas ou netas à MGF, para além de desencorajar re-suturar a sua própria abertura vaginal, após o parto. O aconselhamento das utentes e respectivos maridos/companheiros ajudará a desfazer alguns dos mitos e concepções erradas acerca da necessidade de estreitamento vaginal para aumento do prazer sexual masculino; do mesmo modo, é uma boa oportunidade para explicar os perigos da repetição da cirurgia de abertura e posterior re-sutura após cada parto.

Sintetizar:

- Sintetizar a matéria usando uma checklist com as complicações descritas no início da sessão.
- Sintetizar os aspectos principais do tratamento das complicações.
- Sublinhar a importância de documentar e registar o tipo e complicações da MGF.

Encerramento da sessão:

- No final da sessão permitir perguntas e esclarecer tópicos.
- Terminar a sessão.

Sessão 2: Complicações obstétricas durante o trabalho de parto

Objectivos da sessão
No final da sessão a turma deverá ser capaz de:

1-Enumerar as complicações consequentes da MGF, que podem ocorrer durante o trabalho de parto.

Preparação do tema

- Perguntar à turma se alguma vez se depararam com uma utente com MGF durante o trabalho de parto.
- A quem respondeu afirmativamente solicitar a partilha das suas experiências.

A sessão

- Apresentar a sessão e os seus objectivos.
- Perguntar que complicações podem surgir numa mulher com MGF durante o parto.
- Ouvir as respostas.

Debate em pequenos grupos:

- Dividir a turma em pequenos grupos
- Apresentar para discussão, o estudo de caso que a seguir se descreve.

Caso de estudo
A Senhora Pieggo é uma primípara, de 20 anos que se apresenta na maternidade acompanhada de uma familiar, queixando-se de contracções desde há cinco horas anteriores. Dos seus registos pré-natais, o profissional de saúde nota que a gravidez está a terminar e que a Sra. Pieggo apresenta uma MGF de Tipo III. É sua responsabilidade admiti-la, conduzir um exame completo do seu estado e acompanhar o trabalho de parto. É necessário criar um plano de cuidados que tenha em conta a importância de reduzir o risco de complicações durante o trabalho de parto e o parto, associadas à MGF de Tipo III.

- Pedir que cada grupo analise o caso e determine quais as complicações expectáveis para a Sra. Pieggo e recém-nascido(RN).
- Pedir que analisem as causas das complicações.
- Reservar 30 minutos para o debate.

Debate em grande grupo:

- Permitir que partilhem o seu trabalho com a turma
- Reservar uma hora para as apresentações e o debate.

Sintetizar:

- Utilizar as checklists que se seguem para assegurar que todas as complicações possíveis são consideradas:

Complicações derivadas de MGF, durante o trabalho de parto e o parto

- Abertura vaginal reduzida, que representará uma barreira mecânica ao parto e que afectará outras intervenções necessárias para exame e tratamento durante o parto. Um estreitamento exagerado pode, por exemplo, impedir o exame vaginal e resultar em erros de avaliação do grau de dilatação cervical ou na monitorização da evolução do trabalho de parto ou da apresentação fetal.
- O parto pode ser obstruído como resultado da escarificação dos órgãos genitais externos, que impede a dilatação normal do períneo para permitir a passagem do RN.
- O prolongamento da segunda fase do trabalho de parto, por causa da escarificação do períneo e do estreitamento excessivo do orifício vaginal.
- Ruptura de tecidos durante o parto, causada pela rigidez do períneo, como resultado da escarificação dos tecidos em redor do orifício vaginal.
- Desenvolvimento de fístulas obstétricas, como resultado de parto prolongado, durante o qual a cabeça do RN pressiona a bexiga ou o recto.
- Morte, como resultado da ruptura do útero, provocada por parto obstruído.
- Necessidade de cesariana, por causa de infibulação que não foi aberta durante a gravidez.

Efeitos possíveis no recém-nascido(RN)

- Asfixia provocada por parto prolongado.
- Lesões cerebrais neonatais provocadas por parto prolongado.
- Lesões de parto provocadas por parto difícil. Morte, como resultado de complicações durante o parto.

Encerramento da sessão:

- Permitir que coloquem as perguntas que desejem e esclarecer os pontos necessários.
- Fazer perguntas para avaliar o grau de compreensão da matéria.
- Terminar a sessão.

Sessão 3: Observação e cuidados a mulheres com MGF durante o trabalho de parto

Objectivos da sessão
No final da sessão a turma deverá ser capaz de:

1. Aplicar conhecimentos de aconselhamento no diagnóstico e tratamento de complicações provocadas por MGF, durante o trabalho de parto.

Preparação do tema

- Perguntar à turma se alguém alguma vez acompanhou o parto de uma mulher com MGF.
- Perguntar como podem concluir se o desenvolvimento do trabalho de parto é positivo.
- Permitir que partilhem as experiências.

A sessão

Apresentar a sessão e os seus objectivos.

Conversa breve:

- Perguntar como pode uma mulher ser examinada durante o trabalho de parto.
- Deixar que conversem sobre o tema em grupos de dois ou três elementos.
- Permitir que partilhem as suas ideias com a turma.

Nota:

Assegurar que os procedimentos para o exame de uma utente com MGF na maternidade/hospital respeitem os seguintes passos:

- História clínica e exame físico igual ao de outra utente em trabalho de parto. Aplicar as competências interpessoais adquiridas.
- Examinar os órgãos genitais, com cuidado especial na avaliação do estreitamento do orifício vaginal e da possibilidade de parto vaginal. Identificada alguma complicação, tal como escarificação extensiva ou quelóide, deve informar-se a utente das medidas a tomar para a realização do parto.

Exame Físico

Informar que os procedimentos para o exame clínico são os seguintes:

- Exame clínico completo.
- Exame, observação, palpação e auscultação dos batimentos cardio-fetais.
- Palpação da bexiga (garantir que a bexiga é esvaziada regularmente).
- Exame dos órgãos genitais para determinação do tipo de MGF (seguir os procedimentos e princípios do exame ginecológico de utentes com MGF descrito anteriormente).
- Se o estreitamento do orifício vaginal for excessivo:
- Explicar à utente quais os problemas associados à infibulação, durante o trabalho de parto e parto.
- Informá-la da necessidade de realização de episiotomia, de forma a aumentar a abertura, explicando cuidadosamente o processo. Se a utente sofrer de MGF de Tipo III, informar que a sua infibulação terá de ser aberta e explicar o processo.

Evolução do trabalho de parto

Informar que os procedimentos para acompanhamento do trabalho de parto deverão seguir os seguintes passos:

- Se existir alguma dificuldade para o exame, como o estreitamento excessivo do orifício vaginal que impossibilite o exame vaginal, a cicatriz pode ser aberta ao longo da sua linha mediana. A incisão deve ser feita durante uma contracção e, normalmente, depois da administração de anestesia local. Geralmente, a hemorragia resultante é ligeira, dada a relativamente baixa vascularização do tecido de cicatriz, e a sutura da incisão pode ser adiada até depois do parto. Se a situação o permitir, o parto pode ser monitorizado usando outros parâmetros, tais como as contracções, a descida das partes visíveis do recém-nascido (RN) e o seu ritmo cardíaco.
- Acompanhar a utente de perto e monitorizar os seus sinais vitais a cada hora.
- Fornecer informação simples e clara acerca do que é expectável que aconteça durante o parto.
- Registar todas as observações no partograma.

Demonstração:

- Pedir que exemplifiquem os passos de um exame a uma utente com MGF.
- Orientar e reforçar os princípios básicos da

elaboração da história clínica e do exame de uma utente com MGF.

Observação do estreitamento vaginal durante o trabalho de parto

Relembrar a importância da observação cuidadosa do estreitamento vaginal durante a segunda fase do trabalho de parto, de modo a determinar se a dilatação é suficiente para a saída do RN (expulsão). O procedimento é o seguinte:

- Preparar psicologicamente a utente para o exame, informando-a do que irá ser feito e das razões para tal.
- Pedir-lhe autorização para a observação dos órgãos genitais.
- Preparar o equipamento necessário: um tabuleiro com solução anti-séptica, compressas esterilizadas e luvas.
- Preparar a utente, colocando-a em posição de litotomia; expor apenas as partes necessárias do seu corpo – não expor a utente desnecessariamente.
- Lavar as mãos com sabão e água; colocar as luvas.
- Limpar os órgãos genitais externos com compressas anti-sépticas.
- Instruir a utente para que se descontraia, inspirando profundamente, enquanto introduz um dedo no orifício vaginal.
- Lenta e cuidadosamente introduzir um dedo, para averiguar o grau de estreitamento da abertura. Sendo possível introduzir um dedo, procurar deslizá-lo para dentro e fora e para a esquerda e a direita. Se existir espaço para um segundo dedo, tentar afastar os dedos e testando a resistência oferecida.
- Na impossibilidade de introduzir um dedo ou mesmo a ponta de um dedo, a abertura é extremamente apertada – o equivalente a MGF Tipo III.
- Se for possível introduzir um dedo mas impossível alargar a abertura, devido à resistência oferecida pelo tecido da cicatriz, é necessário proceder-se à abertura do estreitamento através de episiotomia.
- Em caso de necessidade de episiotomia, informar a utente e conduzir a intervenção seguindo as directrizes descritas anteriormente.

Sintetizar:

- Em sessão de fórum, sintetizar os pontos importantes da elaboração da história clínica/anamnese e exame clínico.
- Esclarecer dúvidas e tópicos necessários.

Nota importante:
Enfatizar que quando o progresso no trabalho de parto é lento, devem antecipar um parto difícil e tomar as medidas necessárias em tempo útil:
Se for claro que uma episiotomia facilita o parto, deve ser realizada correctamente.
Se existir necessidade de abertura da infibulação, a utente deve ser preparada e proceder-se à intervenção.
Se for necessária cesariana, a utente deve ser reencaminhada com antecedência para um estabelecimento de saúde com os recursos necessários.

Mulheres com MGF de Tipos I, II e IV, durante o trabalho de parto

- A prestação de cuidados, durante o parto, de mulheres com MGF, é o mesmo de quaisquer outras utentes, excepto quando a MGF tenha causado estenoses vaginais e falta de elasticidade dos músculos do períneo. Nesses casos, pode ser necessário realizar uma episiotomia (nas mulheres com MGF de Tipo III, a infibulação tem de ser aberta durante a segunda fase do trabalho de parto, tal como a seguir se descreve).
- Geralmente, as mulheres com MGF de Tipo I podem ter um parto vaginal sem episiotomia, salvo quando existir escarificação extensiva que cause falta de elasticidade do períneo.
- Se a MGF tiver provocado o estreitamento exagerado do orifício vaginal, é necessário aumentar a abertura vaginal por meio de episiotomia. A intervenção é normalmente realizada durante a segunda fase do trabalho de parto, quando o feto pressiona a vulva.
- Normalmente, um estreitamento vaginal terá sido identificado durante a primeira fase do trabalho de parto e a utente terá sido preparada para a realização da episiotomia nessa altura.
- Se, porém, a utente tiver chegado à maternidade já na segunda fase do parto, há que explicar-lhe a necessidade de aumento da abertura do orifício vaginal através de realização de episiotomia e informá-la de quando e como esta será realizada. (Como referido anteriormente, a intervenção deverá ser realizada durante uma contracção, sob o efeito de anestesia local, utilizando tesouras especiais para episiotomia.)

Demonstração:

- Com recurso de um modelo, demonstrar à turma a realização de uma episiotomia:
- Preparar da utente
- Preparar um tabuleiro com compressas anti-sépticas, tesouras para episiotomia, luvas esterilizadas, uma seringa de 5 ml e anestésico local.
- Informar a utente de que se abrirá o períneo por meio de incisão, de forma a aumentar o espaço disponível para que o RN nasça.
- Lavar as mãos, colocar as luvas e limpar a região do períneo.
- Introduzir um ou dois dedos (executar o movimento lentamente), posicionando-os no local a administrar a anestesia, para proteger a cabeça o RN.
- Infiltrar 2 a 3 ml de anestésico local na área onde o corte será feito, usando os dedos como guia, para evitar eventuais a lesão do RN.
- Com o dedo ou dedos no interior da vagina (deverão estar posicionados entre a tesoura e a cabeça do bebé), introduzir a tesoura e cortar ao longo dos dedos, de modo a evitar lesionar o RN. Começar pelo centro do períneo e inclinar a tesoura num ângulo de 45º. No caso de ser dextro, cortar em direcção à nádega direita da utente; caso seja canhoto, cortar em direcção à sua nádega esquerda.
- Normalmente, depois da incisão o RN nasce lentamente. Pressionar firmemente com gaze sobre a área do corte enquanto a mulher continuar a fazer força.
- É necessário suturar a incisão e quaisquer rupturas de tecidos imediatamente após o nascimento do RN.
- Cuidar da mãe e do RN.
- Ensinar a mulher sobre como manter o períneo limpo.
- Lavar as mãos e o equipamento.

Mulheres com MGF de Tipo III, durante o trabalho de parto e parto

- Se a utente frequentou consultas pré-natais, a infibulação pode ter sido aberta durante o período anterior ao parto.
- Nos casos em que a infibulação não tenha sido aberta durante a gravidez, a utente deverá ser informada, durante a primeira fase do trabalho de parto, da necessidade desta intervenção.
- Deve ser explicado à mulher que a vulva vai ser aberta durante o parto, para permitir a passagem do RN. Do mesmo modo, deve ser informada de que os lados da vulva infibulada serão suturados separadamente. Apresentando-se as justificações para tal, incluindo aspectos médicos e legais. Deverá ser transmitido que a intervenção provocará alterações nos padrões de micção, fluxo menstrual e na interacção sexual.
- A vulva deve ser aberta durante a segunda fase do parto, durante uma contracção, com o objectivo de minimizar a dor.
- A incisão deve ser feita ao longo da linha mediana da cicatriz e em direcção à zona púbica, com as precauções necessárias para não magoar o bebé ou os órgãos situados ao longo da cicatriz. Como referido anteriormente, é frequente, em casos de MGF de Tipo III, os órgãos sob a cicatriz, clítoris e os pequenos lábios, estarem intactos.
- Em alguns casos, em que a cicatriz provocou a falta de elasticidade da pele em redor da vagina, pode ser necessária uma episiotomia, além da defibulação.
- Normalmente, depois do corte, o RN nasce lentamente.
- Após o parto e a eliminação da placenta, e depois dos cuidados imediatos ao RN, a incisão e os eventuais lesões de tecidos têm de ser suturados.
- Se não existir tempo suficiente para discutir a intervenção com a mulher – se, por exemplo, se apresentar na maternidade já na segunda fase do trabalho de parto –, deverá debater-se tudo após o parto. Nesta altura, a mulher deve ser aconselhada/informada sobre a intervenção e razão de não re-suturar a abertura (reinfibulação), que lhe tinha sido imposta anteriormente. Este aconselhamento requer grande sensatez e sensibilidade, uma vez que, a mulher, esteve habituada a viver com a vulva fechada durante toda a vida. As alterações trazidas pela abertura da infibulação terão de ser explicadas com cuidado e tacto. Deverá ser tranquilizada, garantindo que, com o passar do tempo, se habituará às mudanças e se sentirá muito melhor fisicamente, incluindo em futuras gravidezes.
- Assegurar à utente que enquanto profissional de saúde, com conhecimentos e funções específicos, está disponível para debater a situação com o marido/companheiro, familiares ou com quem quer que ela deseje; todas estas pessoas também podem, eventualmente, necessitar de acompanhamento/aconselhamento. Deverão ser informadas acerca da defibulação e sobre as consequências para a saúde da mulher e

família de uma eventual reinfibulação.
- O cuidado pós-operatório de uma utente defibulada durante o trabalho de parto são os mesmos de outra mulher cuja infibulação tenha sido aberta. Informar a utente da necessidade de manutenção de uma higiene pessoal correcta, para prevenir eventuais infecções.

Demonstração:

- Requisitar um/a voluntário/a de entre o grupo para desempenhar o papel de utente com estreitamento do orifício vaginal.
- O/a formador/a desempenhará o papel de profissional de saúde.
- Assegurar-se que a utente está confortável na marquesa.
- Recordar as competências de comunicação e informação anteriormente estudadas.
- Apresentar-se à utente, caso ainda não o tenha feito.
- Informar a utente de que o trabalho de parto progride normalmente.
- Transmitir-lhe que, durante o exame, foi identificado o estreitamento da abertura, que pode impedir o nascimento do RN.
- Informá-la de que, para aumentar o tamanho da vulva e permitir o parto, terá de ser submetida a uma intervenção de defibulação ou de episiotomia (a que se adequar às circunstâncias).
- Caso seja necessária uma episiotomia para abertura do estreitamento do orifício vaginal provocado por MGF Tipo I ou II, informar a utente desta necessidade e apresentar-lhe a sequência dos procedimentos.
- Caso seja necessária a abertura da infibulação (MGF Tipo III), informar a utente de que a cicatriz existente será cortada para permitir a passagem e nascimento do RN. Do mesmo modo, deve informá-la de que os lados da ferida serão suturados separadamente, após a intervenção; o objectivo é o de não recriar um estreitamento. Informá-la igualmente das mudanças que irão ocorrer na micção, fluxo menstrual e interacção/relação sexual.
- Agradecer à utente a colaboração.

Encerramento da sessão:

- Pedir a partilha sobre o que aprenderam durante a sessão.
- Registar os comentários, para referência futura.
- Terminar a sessão.

Sessão 4: Prestação de cuidados no pós parto de mulheres com MGF

Objectivos da sessão
No final da sessão a turma deverá ser capaz de:

1. Identificar complicações derivadas da MGF, durante o período pós-parto.
2. Descrever os cuidados a prestar a utentes com MGF durante o período pós-parto.

Preparação do tema

- Pedir a alguns formandos/as que partilhem as suas experiências de cansaço extremo.
- Perguntar como se sentiram nessas situações.

A sessão

Apresentar a sessão e os seus objectivos.

Conversa breve:

- Perguntar qual o procedimento adequado para o exame de uma utente com MGF, depois do parto.
- Permitir que debatam o tema, conversando em grupos de dois ou três elementos.
- Reservar 10 minutos para a discussão.

Sintetizar:

Sintetizar o debate, da seguinte forma:

- É no período imediatamente seguinte ao parto que os maiores problemas podem acontecer. Estes problemas incluem: laceração extensiva e hemorragia provocada pela lesão de tecidos. Se uma incisão for executada incorrectamente, as lacerações podem abranger a uretra, a parte anterior da bexiga e a parte posterior do recto. Mais tarde, durante o puerpério, as lacerações suturadas podem infectar e abrir. Nos casos de MGF Tipo III e em que a infibulação ainda não foi aberta, mãe e RN podem sofrer lesões diversas, tais como Fistulas Vesiculo-Vaginais (FVV) e Fistulas Recto-Vaginais (FRV), no caso da mãe e asfixia, lesões cerebrais graves ou morte no caso do RN. Assim, é vital que uma utente com MGF e o seu bebé sejam cuidadosamente examinados após o parto.

Exame imediato da mãe e do recém-nascido

Informar que, imediatamente após o parto, mãe e recém-nascido devem ser examinados como se segue:

- Determinar se o útero está contraído. Se não estiver, massajá-lo para o contrair, verificar o estado da bexiga e esvaziá-la, se necessário. Administrar medicação contendo ocitocina.
- Se acompanhou o parto da utente deve trocar o par de luvas que usa por um novo, esterilizado.
- Procurar eventuais lacerações de tecidos na vulva e no interior do canal vaginal.
- Limpar a região vulvar para permitir que os órgãos genitais externos possam ser observados.
- Utilizar um espéculo e boa iluminação para procurar, eventuais, lesões da parede vaginal e do colo do útero.
- Introduzir o espéculo lentamente, uma vez que o movimento pode provocar dor.
- Observar a parede interior da vagina e o colo do útero.
- Se existir hemorragia ou lacerações, tratar imediatamente.

Informar que, imediatamente após o parto, o RN deve ser examinado como se segue:

- Realizar o Índice de Apgar.
- Se o RN sofrer de asfixia, reanimá-lo. Caso a sua condição seja grave, enviá-lo para cuidados médicos de urgência adequados.

Exame pós-parto da mãe e do RN

Informar o grupo que deverão:

- Examinar os órgãos genitais da mãe, procurando hemorragia e sinais de infecção e certificar-se que as eventuais lacerações de tecidos, episiotomia ou os bordos de uma mutilação Tipo III estão a sarar correctamente.
- Examinar a contracção do útero e a hemorragia; examinar a normal involução do útero.
- Examinar o estado mental da mãe (psicológico e emocional).
- Examinar o RN de acordo com a rotina habitual – ou seja, examinar o cordão umbilical, verificar o seu progresso na amamentação.

Conversa breve:

- Perguntar quais as complicações que as mulheres com MGF podem sofrer depois do parto.
- Permitir a discussão sobre o tema em grupos de dois ou três elementos, durante 10 minutos.
- Permitir a partilha de ideias através do debate com a turma.
- Reservar meia hora para o debate.

Complicações pós-parto

- Hemorragia primária excessiva causada por lesão das artérias e veias, como resultado de lacerações de tecidos.
- Hemorragia secundária resultante de infecção da ferida.
- Infecção, que pode provocar septicémia.
- Retenção urinária, se o tratamento não for conduzido correctamente.
- Lesão dos tecidos adjacentes, causada por lacerações, se o parto não for conduzido adequadamente. Pode resultar em:
  -Incontinência urinária e/ou fecal.
  -Fístulas vesico-vaginais (FVVs).
  -Problemas sexuais, se o tratamento não for correctamente conduzido.
  -Asfixia neonatal provocada por parto obstruído; que pode provocar lesões cerebrais no RN.

Debate em grande grupo ou Forúm:

- Perguntar ao grupo que cuidados devem ser prestados durante o período pós-parto a uma mulher com MGF.
- Debate alargado.

Mulheres com MGF, depois do parto

Informar que os cuidados pós-parto de mulheres com MGF são similares aos prestados a qualquer outra mulher. Contudo, estas mulheres necessitam de maiores cuidados psicológicos, nomeadamente, quando a infibulação foi aberta e não voltou a ser encerrada. A estas utentes deve ser garantido aconselhamento para que aprendam a reconhecer e aceitar as alterações dos genitais. A vulva recentemente aberta será diferente de uma vulva infibulada tanto estética como funcionalmente.

É possível que as utentes peçam para ser re-suturadas depois do parto. Nos países em que exista legislação contra a reinfibulação, é relativamente simples lidar com a situação, uma vez que o/a profissional de saúde pode afirmar que a lei não o permite. Mesmo assim o aconselhamento é essencial para prevenir que com recursos a métodos tradicionais a vulva seja re-suturada. Porém, nos países em que não existam tais leis, um pedido de reinfibulação pode constituir um dilema. Nesses casos, deverão ser seguidas as directrizes da instituição/serviço com eventual justificação em declarações e directrizes da OMS. Qualquer que seja o estatuto legal da MGF o aconselhamento e a educação sobre o tema da reinfibulação são extremamente importantes e fundamentais no contexto dos direitos humanos, pelo que deverão ser feitos todos os esforços possíveis para desencorajar a prática.

Cuidados imediatos em casos de hemorragia:

- Suturar imediatamente lacerações de tecidos e a episiotomia existentes. Suturar também os bordos de uma defibulação recente (consultar os procedimentos descritos anteriormente).
- Se o útero não contrair, massajar o útero para promover a contracção e administrar medicamentos com ocitocina.
- Manter a utente quente.
- Se a hemorragia pós-parto for grave, assegurar cuidados obstétricos de emergência.

Em casos de asfixia neonatal:

- Reanimar o recém-nascido e assegurar cuidados neonatais de urgência.

Acompanhamento pós-parto:

- As mulheres com MGF de Tipos I, II e IV deverão ser aconselhadas como quaisquer outras utentes.
- Tranquilizar a utente, dizendo-lhe que está disponível para esclarecer todas as dúvidas que possa ter acerca dos seus cuidados de saúde e com o RN, ou outras preocupações de saúde sexual e reprodutiva.
- Conduzir os cuidados pós-parto habituais para mãe e RN.
- As utentes com MGF de Tipo III necessitam dos mesmos cuidados pós-natais das outras mulheres, mas requerem informação, aconselhamento e apoio adicionais, para as ajudar a adaptar-se às mudanças trazidas pela defibulação e para as desencorajar de procurar a reinfibulação após obter alta. Explicar que é normal a sensação de humidade e de sensibilidade aumentada na vulva defibulada. Aconselhar nesta fase o uso de roupa interior larga para reduzir o eventual desconforto provocado pela fricção

dos tecidos.

- Prestar aconselhamento psicossexual separadamente ao marido/companheiro, para o ajudar a perceber e consciencializar da importância de não fechar a defibulação e para o ajudar a lidar com as mudanças a nível sexual (tanto para ele como para a mulher).
- Uma mulher com MGF que dê à luz um RN menina deverá ser aconselhada sobre as consequências, legais, de direitos humanos e saúde, de permitir que a sua filha seja sujeita a qualquer tipo de MGF. O marido/companheiro e outras pessoas da família com influência na MGF, tais como mães, tias e sogras, também deverão ser aconselhadas e advertidas acerca do mesmo tema.
- Como qualquer mulher no período pós-parto, as utentes com MGF deverão ser aconselhadas acerca da importância da higiene pessoal, boa nutrição e descanso adequado e como cuidar do recém-nascido, incluindo a amamentação. Devem, igualmente, ter garantidos os cuidados de planeamento familiar e respectivo aconselhamento.
- A informação acerca do Tipo de MGF e consequentes complicações deverá ser registada.

Encerramento da sessão:

- Rever os tópicos mais importantes.
- Fazer perguntas para avaliar a compreensão da matéria.
- Terminar a sessão.
- Preparar os/as formandos/as para o treino dos seus conhecimentos durante o estágio.
- Oferecer a oportunidade de praticar em ambiente hospitalar.

APÊNDICES:

APÊNDICE 1:
ESTUDO DE CASOS

Caso 1

Adela tem 27 anos, é Nigeriana e vende inhame no mercado da aldeia. Está casada há quatro anos e não tem filhos. Frequenta uma Igreja onde fez amizade com uma das Irmãs, Dua, que trabalha como parteira. Um dia Adela pediu à sua amiga se poderia jejuar e rezar por ela porque se sentia infeliz por não conseguir engravidar. A sua amiga concordou mas também aproveitou a circunstância e oportunidade para falar com ela sobre o problema.

Adela contou à sua amiga que era virgem quando se casou e que acredita que é por essa razão que o marido a ama, apesar de ela ainda não ter filhos. Contudo quer ter filhos porque a sogra tem questionado o seu marido acerca do assunto. Ela também pensa que, apesar do marido não parecer estar aborrecido ou preocupado, a situação pode alterar-se uma vez que nenhum homem africano pode ser feliz por muito tempo com uma mulher que não consegue ter filhos.

Quando a amiga a questionou acerca da sua infância, Adela revelou que foi excisada quando tinha oito anos. Depois da intervenção esteve muito doente, durante mais de um mês, com febre e dores na ferida que cheirava muito mal. Lembra-se que o quarto onde estava a ser tratada cheirava tão mal que ela ficava envergonhada quando as pessoas a iam visitar. Disse que a sua mãe lhe tinha dado remédios tradicionais para beber e para aplicar nos órgãos genitais, mas não melhorou. Foi levada para o hospital quando o seu estado se agravou e toda a gente pensava que ia morrer.

Dua aconselhou a amiga a consultar um médico para a observar e marcou uma consulta com um dos ginecologistas com quem trabalhava. Os exames revelaram que as trompas de Falópio de Adela estavam completamente bloqueadas, por causa de uma anterior infecção. O problema era, portanto, de infertilidade primária. O médico indicou que podiam tentar desobstruir as trompas de Falópio com uma cirurgia, mas a Adela e o marido ainda não conseguiram juntar dinheiro suficiente para o fazer.

Caso 2

Yemeni tem 32 anos é tutor de obstetrícia numa escola de medicina na Etiópia. A sua esposa é funcionária no hospital onde ele ensina. Têm uma filha com 3 anos. Ambos são originários de uma região onde tradicionalmente todas as bebés são excisadas no primeiro mês de vida. Antes de se ter casado, Yemeni teve a oportunidade de participar num workshop sobre mutilação genital feminina que o sensibilizou e fez aperceber que a tradição é prejudicial.

Decidiu que não iria permitir que a sua filha fosse excisada e, depois de ter explicado a situação à sua esposa, ela concordou. Contudo a mãe de Yemeni vive com ele e a sua família e quer que a sua neta seja excisada. Queixa-se constantemente que a neta está cada vez mais mal comportada e desobediente por não ter sido excisada: “Está na altura de excisares a menina. Olha como se comporta. Quem vai casar com ela?”. Ou então diz à esposa de Yemeni: “Não posso ficar aqui sentada e vê-los violar a nossa tradição. Esta menina pertence ao nosso clã; tem que ser excisada; é a nossa cultura.”. Yemeni continua a falar com a sua mãe acerca dos efeitos nocivos da mutilação genital feminina e deixou muito claro que em circunstância alguma vai autorizar ou permitir que seja excisada. Diz que é difícil continuar a contrariar a mãe, mas que vai ser persistente.

Caso 3

Asma tem 30 anos e é doméstica. Aos 6 anos foi infibulada e ainda se lembra da dor e violência da intervenção. Casou-se aos 16 anos e diz que a dor que sentiu quando o seu marido a penetrou a fez ter pavor dele durante muito tempo, porque pensou que ele tinha sido muito bruto. As relações sexuais continuaram a ser dolorosas para ela durante os primeiros 6 meses de casamento e nunca sentiu prazer, facto que aceita como uma obrigação inerente ao casamento.

Tem quatro filhos e um deles é uma menina de dois meses. Cada vez que dá à luz é necessário que abram a infibulação, para permitir a passagem do bebé, e após o parto é novamente suturada. O seu marido insiste que ela deve ter uma vagina pequena. Neste momento tem

muitas dúvidas se a filha deve ou não ser infibulada. Pensa que, se isso acontecer, deveria ser menos extenso que o seu tipo de MGF, porque não gosta de pensar que a sua filha venha a passar pela mesmo sofrimento que ela.

Caso 4

Meda é uma conferencista universitária de 35 anos que decidiu que as suas filhas não seriam excisadas como ela e a irmã foram. As filhas de Meda nasceram enquanto ela e o marido estavam a estudar fora do país. Quando a família voltou para casa, a mãe de Meda e a sogra perguntaram-lhe se as meninas tinham sido excisadas. Disse que não e explicou-lhes que ela e o marido tinham concordado que as meninas não seriam mutiladas.

Meda voltou a trabalhar mas não conseguiu encontrar uma empregada para tomar conta das crianças enquanto ela estava fora de casa. Uma vez que a sua sogra vive na mesma cidade, decidiu deixar as meninas com ela durante a semana e ir buscá-las à sexta-feira ao fim da tarde para passarem o fim-de-semana em casa. Uma sexta-feira à tarde quando as ia buscar, ficou admirada por não as ver a brincar na rua como era habitual. A sua sogra explicou-lhe que não podiam sair porque não estavam muito bem. Meda pensou que talvez estivessem apenas com febre, mas quando entrou no quarto, as meninas gritaram: “Mamã, dói!”. Não lhe ocorreu de imediato que as meninas tinham sido mutiladas genitalmente, mas depois a sua sogra anunciou orgulhosamente: “Excisei as minhas netas; fiz o que é certo para elas.”.

Caso 5

Agnes é uma aldeã que foi excisada enquanto criança. Não se recorda que idade tinha na altura, apenas que cresceu com a cicatriz. Casou aos 17 anos e passados quatro meses de casamento descobriu que estava grávida.

Agnes decidiu fazer o parto em casa e, quando entrou em trabalho de parto, o seu marido chamou uma reputada e experiente parteira tradicional. Esteve em trabalho de parto durante dois dias e depois finalmente deu à luz um nado morto. Sofreu um grave rompimento de tecidos durante o parto e teve de ser levada para o hospital para que as rupturas de tecidos pudessem ser suturadas. Também sangrou abundantemente e recebeu transfusão de uma unidade de sangue.

Contudo, o rompimento de tecidos foi tão extenso que Agnes desenvolveu uma fistula vesico-vaginal (FVV). Foi tratada oito meses após o parto, mas a operação não foi bem sucedida e terá que ser submetida a outra intervenção, que espera que corra bem, para tratar a fístula. Enquanto está em tratamento vive novamente com os seus pais, mas diz que o seu marido, agricultor, a apoia muito e visita regularmente.

Caso 6

Ella é uma mulher de 19 anos casada com um soldado. Tem uma filha de 2 anos que foi infibulada 7 dias após o seu nascimento. A criança deu entrada no hospital várias vezes devido a infecções do tracto urinário. Em conversa, Ella revela que também fora mutilada enquanto criança e que tem vivido com a dor intensa toda a sua vida. Ela explica que foi defibulada durante o parto e depois reinfibulada de modo a criar um pequeno orifício. Não queria que a sua filha fosse sujeitada à intervenção, mas diz que não havia maneira alguma de persuadir a sua sogra a aceitar a ideia de que a menina não deveria ser excisada.

O país de Ella está em guerra e o seu marido está na frente de combate. Uma semana depois de ele ter partido a sua mãe examinou os órgãos genitais de Ella. Chamou, posteriormente, uma parteira tradicional que lhe coseu o orifício vaginal de modo a estreitar a abertura existente, para assegurar que se mantivesse casta até que o marido regressasse da guerra.

APÊNDICE 2:
COLHEITA DA HISTÓRIA CLÍNICA DE UTENTES COM MGF

Item	Verificado	Não verificado	Não aplicável
1. Recebe e cumprimenta a utente de modo culturalmente aceitável.			
2. Faz com que a utente se sinta confortável oferecendo uma cadeira para se sentar.			
3. Senta-se ao mesmo nível da utente.			
4. Apresenta-se e pergunta o nome da utente.			
5. Dirige-se à utente pelo seu nome.			
6. Começa por fazer questões generalistas, tais como: “Como está?” ou “Como está a sua família?”.			
7. Certifica-se de que a utente está descontraída e preparada para falar antes de abordar o tema MGF.			
8. Quando a utente está disponível e à vontade para falar, aborda a MGF utilizando terminologia culturalmente aceite.			
9. Observa os sinais não verbais da utente.			
10. Assegura à utente de que está à vontade para lidar com a situação.			
11. Cria empatia e recorre a meios facilitadores de comunicação que permitam que a utente se expresse mais facilmente.			
12. Mantém contacto visual.			
13. Permite que a utente se expresse livremente.			
14. É tolerante e empático/a e não força a utente a falar.			
15. Se a utente começa a chorar, garante conforto e apoio.			
16. Não faz falsas promessas.			
17. Uma vez confirmado que a utente tem MGF, informa-a acerca dos exames clínicos a realizar, que implicarão a observação dos genitais.			
18. Conforta a cliente.			
19. Regista as informações recolhidas.			
20. Se a utente não estiver ainda pronta para falar, marca outra consulta/sessão.			

APÊNDICE 3:
EXAME GINECOLÓGICO DE UTENTES COM MGF

Checklist

Item	Verificado	Não verificado	Não aplicável
1. Prepara o equipamento necessário.			
2. Explica os procedimentos à utente.			
3. Pede permissão à utente para a examinar/observar.			
4. Assegura à utente que a consulta é confidencial.			
5. Garante privacidade.			
6. Se outra pessoa estiver presente, pede permissão à utente para tal e respeita a sua decisão.			
7. Pede à utente que esvazie a bexiga.			
8. Pede à utente que dispa a roupa interior e ajuda-a a deitar-se confortavelmente na marquesa.			
9. Expõe os órgãos genitais.			
10. Lava cuidadosamente as mãos e coloca as luvas.			
11. Examina os órgãos genitais externos para identificar o tipo de MGF.			
12. Questiona a utente acerca de padrões de micção, fluxo menstrual e relações sexuais, se aplicável.			
13. Se for necessário a introdução de dedos a genitalia deve ser limpa com loção anti-séptica			
14. Quando aplicável, lubrifica o dedo e tenta introduzir lentamente a ponta do dedo indicador, observando a reacção da utente, e depois introduz o dedo completamente e um segundo dedo, se necessário.			
15. Respeita a reacção da utente.			
16. Antes de retirar as luvas, verifica a existência de secreções vaginais anormais.			
17. Após o exame, agradece à utente a sua colaboração.			
18. Tira as luvas e lava as mãos.			
19. Após a observação, ajuda a utente a levantar-se da marquesa e certifica-se que fica confortável.			
20. Regista as informações recolhidas e partilha-as com a utente.			
21. Deixa os instrumentos usados mergulhados em desinfectante, prontos para esterilização.			

APÊNDICE 4:
ACONSELHAMENTO DE UTENTES COM MGF

Checklist

Item	Verificado	Não verificado	Não aplicável
Preparação para o aconselhamento:			
1. Prepara um local privado, de preferência: - com uma porta possível de fechar/trancar - onde não serão incomodados/as - com decoração neutra e mobiliário confortável - bem ventilado e iluminado.			
2. Confirma o tempo que tem disponível para a utente.			
A sessão de aconselhamento:			
1. Cumprimenta e acolhe a utente de modo culturalmente adequado.			
2. Convida-a a sentar-se.			
3. Faz com que a utente se sinta confortável.			
4. Apresenta-se à utente.			
5. Pergunta qual o nome da utente.			
6. Senta-se de frente para a utente e ao mesmo nível.			
7. Agradece à utente por ter vindo e explica brevemente os serviços disponíveis.			
8. Começa com perguntas fáceis e genéricas.			
9. Ajuda a utente a explicar o motivo da consulta.			
10. Ouve atentamente e observa os sinais não verbais.			
11. Demonstra atenção e empatia, permitindo que a utente expresse os seus sentimentos e preocupações livremente.			
12. Cria empatia com a utente quando ela descreve uma situação perturbante ou delicada.			
13. Parafraseia a informação dada pela utente para evitar erros de interpretação.			
14. Explica à utente como a pode ajudar e apoiar.			
15. Com assuntos considerados delicados, como por exemplo questões sexuais, aborda a utente com empatia para ajudar a identificar o verdadeiro problema.			
16. Fornece informação precisa acerca do problema.			
17. Coíbe-se de dar instruções/soluções.			
18. Ajuda a utente e o parceiro ou tutor a tomar uma decisão informada.			
19. Ajuda a utente a colocar a sua decisão em prática.			
20. Planeia o acompanhamento da utente.			
21. Agradece à utente por ter vindo.			

APÊNDICE 5:
PROCEDIMENTO PARA A DEFIBULAÇÂO DE MGF TIPO III (INFIBULAÇÃO)

Checklist

Item	Verificado	Não verificado	Não aplicável
Preparação da utente (marido/companheiro ou tutor):			
1. Informa sobre a diferença entre órgãos genitais normais e infibulados.			
2. Explica os imperativos legais relativos à MGF no país de acolhimento e de origem.			
3. Fornece toda a informação acerca do procedimento da abertura da infibulação.			
4. Informa a utente que, após a abertura, a vulva não será re-suturada (reinfibulação) e que os dois lados serão suturados separadamente; logo a pequena abertura anterior não será mantida.			
5. Elucida a utente sobre as alterações físicas que se seguem após a defibulação: - Alterações do aspecto da vulva; - Alterações na micção; - Alterações no acto sexual; - Aumento da sensibilidade da zona aberta; - Maior lubrificação / secreções.			
6. Assegura confidencialidade.			
7. Esclarece que será usada anestesia local.			
8. Clarifica o grau de abertura da infibulação e chega a consenso com a utente.			
Preparação do equipamento:			
- Tabuleiro com compressas anti-sépticas.			
- Compressas de gaze.			
- Tesouras direitas.			
- Luvas esterilizadas.			
- 2 pinças arteriais.			
- Pinças hemostáticas.			
- Pinças para gaze.			
- Seringa e agulha.			
- Agulha de sutura e porta pinças.			
- Loção anti-séptica.			
- Lidocaína.			
- Lubrificante.			
- Toalha esterilizada do tipo mackintosh.			
- Sabão.			
- Recipiente para lixo.			

Checklist (continuação)

Item	Verificado	Não verificado	Não aplicável
O procedimento:			
1.Garante que a utente se sente confortável.			
2.Reúne todo o equipamento necessário junto à marquesa.			
3.Apresenta-se e pergunta ou confirma o nome da utente.			
4.Garante privacidade e confidencialidade.			
5.Relembra à utente a conversa inicial, os resultados do exame físico e a indicação para a			
6.Destapa os órgãos genitais e lava as mãos.			
7.Põe as luvas.			
8.Limpa a genitalia com anti-séptico.			
9.Introduz um dedo, pinça ou dilatador na abertura, devagar e com cuidado, para elevar a			
10.Infiltra 2 a 3 ml de anestesia local ao longo da cicatriz, de ambos os lados, onde serão feitas as incisões.			
11.Com os dedos dentro da cicatriz, introduz a tesoura e faz a incisão ao longo da cicatriz para evitar danos nos tecidos adjacentes ou no RN, caso a abertura seja feita durante o trabalho de parto.			
12.Faz a incisão a meio da cicatriz em direcção à púbis para expor o meato urinário. Não corta além do meato urinário.			
13.Informa acerca dos cuidados pós operatórios a ter com o períneo: - recomenda lavagem da zona genital, três vezes ao dia com produto adequado (há países onde é usado o óleo de aveia); - após lavagem, secar cuidadosamente; - recomenda a aplicação de loção calmante.			
14.Dependendo da situação, receita antibióticos.			
15.Assegura re-observação após uma semana.			

APÊNDICE 6: BIBLIOGRAFIA, DOCUMENTOS E RECURSOS DE REFERÊNCIA

Documentos de referência

- *Alia's story*. Published by The National committee on Traditional Practices in Ethiopia, 1995.
- Dorkenoo, E. (1994). *Cutting the Rose. Female Genital Mutilation: The practice and its prevention*. Minority Rights Publications, Londres.
- *Fatoumata's story*. Published by Turin centre regional programme. AIC/AIDOS/ILO (1995).
- Leye, Els (2008) - *Female Genital Mutilation. A Study of Health Services and Legislation in Some Countries of the European Union*. International Centre for Reproductive Health, Ghent University.
- *Female Genital Mutilation: The Unspoken Issue*. Published by The Royal College of Nursing, Londres, 1994.
- Instituto de Apoio ao Desenvolvimento (2004) – *Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: Relatório de Portugal*. Lisboa: IPAD.
- Instituto da Cooperação Portuguesa (2008) – *Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa. Lisboa*: Instituto da Cooperação Portuguesa, Lisboa.
- International Planned Parenthood Federation (2001) – *Declaração do International Medical Adviser Panel sobre a Mutilação Genital Feminina* (Boletim Médico, nº 35). Lisboa: APF.
- Johns Hopkins Population Information Program (1997). *The Essentials of contraceptives Technology: A Handbook for Clinic Staff*. Publisher of Population Reports. WHO, Genebra.
- *Smith, J.* (1995). *Visions and discussions on genital mutilation of girls: An international survey*. Published by Defense for Children International, Países Baixos.
- Thuo, Margaret (2003) – *UNFPA support and Lessons Learned*. Comunicação realizada no âmbito da Internacional Conference on Zero Tolerance to FGM, organização IAC, Adis Abeba, Etiópia, 4 a 6 de Fevereiro de 2003.
- Toubia N. (1994) - *Female Mutilation and the Responsibility of Reproductive Health Professionals*. Int. J. Gynecology Obstretics (46), pp. 127-35. Toubia, N. (1999). A practical manual for health care providers caring for women with circumcision. A RAINBO Publication. Nova Iorque.
- *Tradition! Tradition! A Story of Mother Earth*, by Dorkenoo, E. published by FORWARD Ltd. Londres, 1992.
- UNICEF (2005) – *MGF* – Innocent Digest.
- United Nations Population Fund (UNFPA) (2009), *A strategy and Framework for Action to Addressing Gender-based Violence 2008-2011*, UNFPA, New York.
- *Female Genital Mutilation. A joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement*. WHO. Genebra (1997).
- *Female Genital Mutilation. Information Kit*. WHO. Genebra (1996). WHO/FRH/WHD/99. 11.
- *Female Genital Mutilation. Report of a WHO Technical Working Group*, Geneva, 17-19 July 1995. Genebra, World Health Organization, 1996. (WHO/FRH/WHD/96.10).
- *Female Genital Mutilation. An overview*. WHO, Genebra (1998).
- *Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of Female Genital Mutilation*. Report of a WHO Technical Consultation. Geneva, 15 - 17 October 1997. WHO/FCH/GWH 01.2. WHO, Genebra (2000).
- *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth*. WHO/FCH/WMH/00.2. Genebra (2000).
- *Female Genital Mutilation. A Handbook for frontline workers*. WHO/FCH/WMH/00.5 Rev. 1. WHO, Genebra (2000).
- *Female Genital Mutilation. Programmes to date: what works and what doesn't. A review*. WHO/CHS/WMH/99.5. Genebra (1999).
- United Nations Population Fund (UNFPA) (2008) – *A Situação da População Mundial 2008 – Construindo Consenso: Cultura, Género e Direitos Humanos*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund (UNFPA)

(2007) , *A holistic approach to the Abandonment of Female Genital Mutilation / Cutting* . UNFPA , New York : UNFPA .
- United Nations Population Fund (2005) - Combating Gender -Based Violence : A Key to Achieving the MDGS .New York : UNFPA .
- United Nations Population Fund (UNFPA) (1996) ? Programme of Action - Adopted at the International Conference on Population and Development , Cairo ,5 -13 September , 1994 .
- WHO (1997) -Management of Pregnacy , Childbirth and postpartum period in the presence of FGM (Report of a WHO Tecnhical Consultation) . Geneva : WHO .
- WHO (1998) ? Female Genital Mutilation : an Overview . Geneva : WHO .
- WHO (2002) -Draft Working Definition , October 2002 . Geneva : WHO .
- Summary of international and regional human rights texts relevant to the prevention of violence against women . WHO /GCWH /WMH /99 .3 . Genebra (1999) .
- Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health : A facilitator's guide. WHO /ADH /93 .3 . Genebra(1993) .
- R .J .Cook (1994) Women Health and Human Rights . (WHO , Genebra 1994) .
- The right path to health : Health education through religion . Islamic ruling and female circumcision. WHO , regional office for Eastern Mediterranean (1996) .
- Yimmer 's story. Published by The National committee on Traditional Practices in Ethiopia ,1995 .

Material impresso da APF (folhas de dados)

- *Igualdade de género e direitos das mulheres* : *direitos humanos* (Folha de Dados) . Coord . Alice Frade e Cristina Madeira . Lisboa , APF (2007)
- *Mutilação genital feminina* : *direitos humanos de mulheres e crianças* (Folha de Dados) . Coordenação Alice Frade e Yasmina Gonçalves . Lisboa , APF (2009).

Outros materiais (folhetos , filmes e vídeos)

- *Folheto Informativo sobre Mutilação Genital Feminina* ? MGF , Grupo de Trabalho Inter - sectorial sobre MGF (2009) .
- A compilation of videos on Female Genital Mutilation . UNHCR Programme and Technical Support Section . P .O .Box 2500 ,CH -1211 Genebra . O vídeo tem uma duração aproximada de 70 minutos e inclui os seguintes filmes :
- *Scarred for Life* . (25 minutos) , produzido pela ABC , programa especial chamado Day One . O filme complementa os tópicos apresentados na introdução à MGF .
- *A Dangerous Practice* . (12 minutos) , produzido por um serviço noticioso do Reino Unido . Aborda o tema dos Direitos Humanos em particular .
- *Welcome to Womanhood* . (15 minutos) , produzido por Charlotte Metcalf . Consiste num relatório do projecto "Reach"em Kapchorwa , Uganda . "Reach"é um projecto iniciado pelo Fundo das Nações Unidas para as Populações (UNFPA) , para trabalhar junto do povo Sabiny com o objectivo de abolir a prática potencialmente fatal de circuncisão feminina . O filme aborda as crenças , valores e atitudes tradicionais , sendo particularmente relevante para o debate sobre o envolvimento dos homens na prevenção da MGF .
- *Infibulation* : *The Worst type of Female Genital Mutilation* (12 minutos) . O filme , produzido pelo Comité Inter -Africano para as Práticas Tradicionais (IAC) , mostra o acto de infibulação . Pode ser bastante perturbador e alguns formandos/as podem não aguentar a pressão e chorar . O filme é particularmente útil no ensino dos diferentes tipos de MGF ou do esforço empregue na mudança das crenças e atitudes relativamente à MGF .
- *From Awareness to Action* : *Eradication of Female Genital Mutilation in Somalia* .
- Eradicating Female Genital Mutilation in Somali Refugee Camps in Eastern Ethiopia . UNHCR Liaison Office . P .O .Box 1076 Addis Ababa , Ethiopia . O filme é especialmente relevante para as aulas do Módulo 2 , que aborda o envolvimento da comunidade na prevenção da MGF .
- Female Genital Mutilation -"The Road to Change". WHO , Genebra (2000) . O filme aborda as origens da prática . Descreve os diferentes tipos de MGF e os esforços envidados em diferentes países para eliminar a prática . É particularmente relevante para as aulas dos Módulos 1 e 2 .
- *Fala di Mindjeris - Mulheres da Guiné Bissau* , Instituto Marquês Vale Flor ,2009
- *Moolandé - A facilator `s Guide to Advocacy* . Ousmane Sembène , Forward
- *The Secret Pain* , Mette Knudsen , Angel films , 2006

Alguns instrumentos e textos internacionais , comunitários e nacionais em matéria de direitos humanos .

I -Instrumentos Internacionais

- *Declaração Universal dos Direitos Humanos* , adoptada a 10 de Dezembro de 1948 . Resolução da Assembleia -geral 217 . UN Doc . A/810 . Publicada no Diário da República , I Série A , n .ª57/78 , de 9 de Março de 1978 .
- *Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados* , adoptada a 28 de Julho de 1951 (entrada em vigor a 22 de Abril de 1954) . Aprovação para adesão : Decreto -Lei n .º43 201 , de 1 de Outubro de 1960 , alterado pelo Decreto -Lei n .ª281/76 , de 17 de Abril , publicado no Diário da República n .ª91/76 .
- *Protocolo Relativo ao Estatuto dos Refugiados* ,adoptado a 31 de Janeiro de 1967 (entrada em vigor a 22 de Abril de 1967) .
- *Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos* , adoptado a 16 de Dezembro de 1966 (entrada em vigor a 23 de Março de 1976) . Aprovação para ratificação : Lei n .º29/78 , de 12 de Junho , publicada no Diário da República , I Série A , n .º133/78 (rectificada mediante aviso de rectificação publicado no Diário da República n .º153/78 , de 6 de Julho) .
- *Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos , Sociais e Culturais* , adoptado a 16 de Dezembro de 1966 (entrada em vigor a 3 de Janeiro de 1976) . Aprovação para ratificação : Lei n .º45/78 , de 11 de Julho , publicada no Diário da República , I Série A , n .º157/78 .
- *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres* , adoptada a 18 de Dezembro de 1979 (entrada em vigor a 3 de Setembro de 1981) . Aprovação para ratificação : Lei n .º23/80 , de 26 de Julho , publicada no Diário da República I Série A , n .º171/80 .
- *Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis , Desumanas ou Degradantes* , adoptada e aberta para assinatura , ratificação e adesão por resolução da Assembleia Geral 39/46 de 10 de Dezembro de 1984 (entrada em vigor a 26 de Junho de 1987) . Aprovação para ratificação : Resolução da Assembleia da República n .º11/88 , de 21 de Maio , publicada no Diário da República , I Série , n .º 118/88 ; Ratificação : Decreto do Presidente da República n .º 57/88 , de 20 de Julho , publicado no Diário da República , I Série , n .º 166/88 .
- *Convenção sobre os Direitos da Criança* , adoptada a 20 de Novembro de 1989 . Resolução da Assembleia Geral 44/25 . UN GAOR 44ª sessão , Supp . No .49 . UN Doc . A/44/49 (entrada em vigor a 2 de Setembro de 1990) . Aprovação para ratificação : Resolução da Assembleia da República n .º 20/90 ,de 12 de Setembro , publicada no Diário da República ,I Série A ,n .º 211/90 .Ratificação : Decreto do Presidente da República n .º 49/90 ,de 12 de Setembro , publicado no Diário da República , I Série A , n .º 211/90 .
- *Comité para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres* ,Recomendação Geral N .14 ,1990 ,Circuncisão Feminina; Recomendação Geral No .19 ,1992 , Violência contra a Mulher; e Recomendação Geral No .24 ,1999 ,Mulher e Saúde .
- *Comité de Direitos Humanos . Comentário Geral* No .20 ,1992 . Proibição da Tortura e de outros Tratamentos ou Penas Cruéis .

II - Tratados Regionais

- *Convenção Europeia para a Protecção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais* ,adoptada a 4 de Novembro de 1950 (entrada em Vigor a 3 de Setembro de 1953) .
- *Convenção Americana sobre os Direitos Humanos* (entrada em vigor a 18 de Julho de 1978) .
- *Carta Africana sobre Direitos Humanos e dos Povos* (Carta de Banjul) ,adoptada a 27 de Junho de 1981 .Organização da Unidade Africana . Doc . CAB/LEG/67/3/Rev .5 (1981) , reimpressa em 21 I .L .M . 59 (1982) (entrada em vigor a 21 de Outubro de 1986) .
- *Carta Africana sobre os Direitos e Bem -estar da Criança* , adoptada a 11 de Julho de 1990 .Organização da Unidade Africana . Doc . CAB/LEG/24.9/49 (entrada em vigor a 29 de Novembro de 1999) .
- *Protocolo à Carta Africana sobre os Direitos Humanos e dos Povos* , sobre os Direitos das Mulheres Africanas adoptado a 11 de Julho de 2003 , Assembleia da União Africana (entrada em vigor a 25 de Novembro de 2005) .

- .III ? Outros documentos de referência
- *Resolução do Conselho da Europa sobre as Mutilações Genitais Femininas* 2001/2035 (INI)] .
- *Recomendação Rec . (2002) 5 do Comité de Ministros aos Estados membros sobre a Protecção das Mulheres contra a Violência* .
- *Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia* . Proclamada solenemente pelo
- Parlamento Europeu , Conselho e Comissão Europeia em Nice , a 7 de Dezembro de 2000 .
- *Roteiro para a Igualdade entre Homens e Mulheres (2006-2010) da Comissão Europeia* COM (2006) 92 .

IV ? Planos nacionais

- *III Plano Nacional para a Igualdade ? Cidadania e Género* (2007-2010) , aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n .º 82/2007 , de 6 de Junho de 2007 .
- *III Plano Nacional contra a Violência Doméstica* , aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 83 , de 22 de Junho .
- *I Plano Nacional contra o Tráfico de Seres Humanos* (2007-2010) , aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n .º81 , de 22 de Junho .
- *I Plano Para a Integração dos Imigrantes* , *criado através da resolução de Coselho de Ministros nº63 -A/2007* , *de 3 de Maio* .

Notas:

Notas:

Notas:

Notas:

Para mais informação, por favor contacte

Departamento de Saúde da Mulher e Género
Departamento de Saúde Reprodutiva e Investigação
Saúde Comunitária e Familiar
Organização Mundial da Saúde
Genebra

Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Fax: +44 22 791 4171
E.mail: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductive-health

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMILÍA

Rua Artilharia Um, 38 -2ºdto 1250-040 Lisboa
Telf: +351 21 385 3993
Fax: +351 21 388 7379
E-mail:apfsede@apf.pt
www.apf.pt

Com o apoio de

UNFPA

IPAD
Instituto Português
de Apoio ao Desenvolvimento